



UC/FPCE—2013

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

## **Transição para a Vida Pós Escolar no Autismo: Um estudo exploratório com o TTAP**

Cátia Rosana de Mendonça Arruda Gonçalves Café  
(e-mail: [catiacafe30@gmail.com](mailto:catiacafe30@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento sob  
a orientação do Professor Doutor Pedro Urbano e co-orientação  
da Professora Doutora Guiomar Oliveira

## **ÍNDICE**

### **Introdução**

#### **I. Enquadramento conceptual**

1.1 Autismo: Uma perspectiva histórica	4
1.2 Características e sintomatologia	8
1.2.1 Linguagem e comunicação	10
1.2.2 Comportamento social	11
1.2.3 Comportamento repetitivo e estereotipado	12
1.1 Prevalência	13
1.2 Etiologia	14

#### **II. Transição para a Vida Pós Escolar no Autismo** **14**

2.1 Autonomia pessoal e social nos adultos com autismo	16
2.1.1 Condição psicosocial: Situação residencial	18
2.1.2. Condição psicosocial: Situação profissional	20
2.1.3 Condição psicosocial: Relações interpessoais	22

#### **III. Avaliação Funcional do Jovem com Autismo: Um estudo exploratório com o TTAP** **24**

3.1 Objectivos	24
3.2 Metodologia	27
3.2.1 Caracterização da Amostra	27
1. Características gerais da amostra	27

2. Características diagnósticas da amostra	29
3. Linguagem, cognição e comportamento adaptativo	29
3.2.2 Procedimento	31
3.3.3 Instrumentos	32
1. Autism Diagnostic Interview-Revised	32
2. Autism Diagnostic Observation Scale	33
3. Childhood Autism Rating Scale	34
4. Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths	34
5. Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (Terceira Edição)	35
6. Escala de Comportamento Adaptativo Vineland	36
7. TEACCH Transition Assessment Profile	37
<b>IV. Apresentação dos Resultados</b>	<b>39</b>
4.1 Análise descritiva dos itens	39
4.2 Perfil de desempenho funcional global	41
4.3 Perfil de desempenho funcional por contexto de avaliação	42
4.4 Perfil de desempenho funcional por área funcional	43
4.5 Desempenho funcional e idade	46
4.6 Desempenho funcional e género	47
4.7 Desempenho funcional e subtipo clínico	47
4.8 Desempenho funcional e severidade do autismo	49

Por favor classifique cada um dos seguintes itens colocando um X na opção correcta:

A = ADQUIRIDA (Competência adquirida)

E = EMERGENTE (Competência parcialmente adquirida ou desempenhada com orientação/ajuda)

NA = NÃO ADQUIRIDA (competência não adquirida)

**I. COMPETÊNCIA VOCACIONAL**

		A	E	NA
1.	Separa objectos por categoria (ex. agrupa botões com botões, lápis com lápis) sem supervisão.			
2.	Reproduz a imagem de uma composição com, pelo menos, 3 peças/objectos (ex. constrói um puzzle ou copia um padrão/esquema seguindo uma imagem-estímulo).			
3.	Arquiva documentos por associação de símbolos/imagens (i.e. associa a imagem presente no documento com a imagem presente nos ficheiros/arquivos).			
4.	Utiliza utensílios e máquinas (ex. tesoura, furador, máquina de venda automática) sem supervisão.			
5.	Discrimina objectos de acordo com o tamanho (distingue grande/pequeno).			
6.	Mede e pesa objectos/substâncias e regista os dados obtidos (comprimento e peso).			
7.	Arruma objectos num receptáculo (ex. saco, envelope), fecha-o e guarda-o (ex. numa caixa, numa pilha).			
8.	Mantém a sua área de trabalho limpa e organizada sem supervisão.			
9.	Enche recipientes sem transbordar (ex. copo, saleiro).			
10.	Retira objectos (4 ou mais) de um/a prateleira/armário seguindo uma lista dos itens.			
11.	Utiliza pelo menos um electrodoméstico (ex. microondas, máquina de lavar roupa, fogão) respondendo de modo adequado ao sinal sonoro (ex. retira comida).			
12.	Eleva uma carga de, pelo menos, 4kg e transporta-a para uma área a 5 metros.			

## **Agradecimentos**

O meu sincero agradecimento...

À minha mãe e irmão por estarem, desde sempre, sempre presentes;

Ao Carlos, pelo apoio incondicional e paciente;

Ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Urbano,  
pela colaboração e disponibilidade;

À minha co-orientadora Professora Doutora Guiomar Oliveira,  
pela incansável colaboração nesta etapa particular  
e pelo papel de mentora que tem representado no meu crescimento  
profissional e pessoal;

Às minhas colegas, Inês, Joana e Susana,  
pela amizade, disponibilidade e apoio.

A todos o meu MUITO OBRIGADA.

## Introdução

O autismo é um diagnóstico relativamente recente, tendo a sua origem nos escritos de Kanner e Asperger que, em 1943 e 1944, utilizaram o conceito originalmente proposto por Bleuler para descrever o desenvolvimento social desviante das crianças que observaram.

É inequívoco que o autismo em si não é um fenómeno contemporâneo, sendo comumente aceite que registos e relatos anteriores à década de 40 descrevem as singulares características de indivíduos que, à luz dos conhecimentos actuais, se situariam indubitavelmente no espectro autista. No entanto, uma vez que o termo *autismo* só começou a ser utilizado enquanto conceito clínico em 1940, e mais vulgarmente a partir dos anos 1960, o primeiro grupo de crianças diagnosticadas só agora estão a iniciar a velhice.

Actualmente entendida como uma perturbação caracterizada por marcado défice na comunicação e interacção social bem como pela presença de um padrão rígido e repetitivo de comportamentos e interesses, o autismo afecta cerca de 1% da população mundial.

A premência em definir e compreender as manifestações do autismo na idade adulta, com vista a uma intervenção mais adequada às especificidades de uma patologia que já se entendeu crónica, contribuiu para um aumento considerável no número de publicações desenvolvidas nesta área nos últimos anos. Apesar de este aumento representar ainda uma parte ínfima da literatura, a qual permanece predominantemente orientada para o entendimento do autismo nas fases de

desenvolvimento da infância e adolescência, cada vez mais a clínica e a investigação reconhecem a importância de planejar atempadamente a entrada na vida adulta do jovem com autismo, particularmente na etapa crítica que define a sua transição para a vida pós-escolar.

O presente trabalho visa abordar esta fase particular da vida desta população especial partindo da premissa que a avaliação de aptidões funcionais e consequente definição e compreensão do perfil funcional do jovem com autismo é crucial para uma transição, e consequente integração sócio-comunitária e sócio-profissional, bem sucedida. Neste sentido foi elaborado um estudo exploratório com o *TEACCH Transition Assessment Profile*, instrumento de avaliação de competências funcionais consideradas essenciais ao funcionamento independente em casa e na comunidade.

Assim, numa parte introdutória procurou-se definir o autismo no que diz respeito ao seu percurso histórico, sua sintomatologia e caracterização típica, prevalência e etiologia.

Numa segunda parte foi abordada a temática da transição para a vida pós-escolar, pretendendo-se caracterizar a condição psicossocial actual, em termos de autonomia pessoal e social, dos adultos com autismo.

Na terceira e quarta parte do trabalho foi apresentado o estudo desenvolvido, nomeadamente os seus objectivos, metodologia e resultados.

Por fim, são discutidas as conclusões resultantes dos dados obtidos, sendo ainda apresentadas considerações a ter em conta em eventuais investigações futuras.

## **I. Enquadramento Conceptual**

### **1.1 Autismo: Uma perspectiva histórica**

O termo autismo tem origem na palavra grega *autos* que significa 'o próprio' e foi utilizada pela primeira vez em 1911 pelo psiquiatra Eugen Bleuler (Scile-Kira, 2004). Bleuler recorreu a este termo para explicitar um aspecto do pensamento esquizofrénico, no qual o indivíduo se retira do mundo exterior para o seu próprio mundo interior.

Leo Kanner, pedo-psiquiatra no Hospital Johns Hopkins (Baltimore), viria a utilizar o mesmo termo em 1938 para caracterizar um conjunto de crianças que considerou apresentarem particularidades clínicas não descritas até então. Em 1943 publicou o artigo 'Autistic disturbances of affective contact' no qual descreve as especificidades comportamentais deste grupo de onze crianças, oito rapazes e três raparigas, observados pela primeira vez entre os 2 e os 8 anos. Todas estas crianças se caracterizavam, desde cedo, por serem solitárias, não se relacionando normalmente ou naturalmente com as pessoas e revelando tendência para se isolarem. Apresentavam ainda um desejo obsessivo de invariância, sendo que as alterações à rotina lhes suscitavam angústia, e hipersensibilidade a estímulos, reagindo de forma exacerbada a sons comuns, como o de um aspirador. Caracterizavam-se igualmente por movimentos motores repetitivos e interesses bizarros e por uma linguagem ecológica, repetindo palavras ou frases de forma repetitiva, sendo incapazes de utilizar a linguagem para muito mais do que transmitir necessidades imediatas. Kanner descreveu ainda uma excelente memória de repetição, sendo que este grupo de crianças demonstrava uma impressionante capacidade para memorizar grande quantidade de informação como, por exemplo, páginas de enciclopédias,



apesar de apresentarem claros défices noutros domínios cognitivos (Kanner, 1943).

No seu último artigo (Kanner & Eisenberg, 1956) Kanner definiu apenas duas destas características, o isolamento e a obsessiva insistência em perservar a rotina, como características chave do autismo, considerando que as restantes seriam secundárias a estas ou não seriam específicas desta patologia (Happé, 1994). Kanner assumiu, desde as suas primeiras publicações, a origem inata e biologicamente determinada do autismo, negando a influência de factores ambientais na condição patológica da criança (Happé, 1994). A sua assunção resultava da precoce manifestação dos traços autistas nas crianças que observou, assunção que viria a ser partilhada por Hans Asperger no seu artigo 'Die Autistischen Psychopaten im Kindesalter', primeira referência do médico austríaco a esta patologia.

Datado de 1944, o artigo de Hans Asperger descreve um grupo de crianças com características semelhantes às descritas apenas um ano antes por Kanner, realçando igualmente a pobre reciprocidade social como o elemento chave que as diferenciava. As descrições de ambos diferem, no entanto, na definição das competências linguísticas que caracterizavam as crianças que observaram. Kanner afirmou que nenhuma das onze crianças que observou tinha a capacidade de utilizar a linguagem como forma de comunicação, considerando que, mesmo nas crianças que apresentavam fonologia e vocabulário adequado, a linguagem nunca cumpria a função de transmitir significados (Kanner, 1943). Asperger, por outro lado, descreve que todas as quatro crianças que observou (entre os 6 e os 9 anos) apresentavam uma linguagem fluente, falando como 'pequenos adultos' (Frith, 1991).

Apesar das aparentes diferenças no domínio das aptidões comunicacionais e linguísticas, Asperger afirmaria, tal como Kanner, que as características do grupo de crianças que observou se reflectiam num quadro clínico crónico, perdurando ao longo de toda a vida, e de origem constitucional (Frith, 1991).

Ambos os autores pioneiros assumiram tanto a origem inata e biologicamente determinada do autismo, como a sua especificidade enquanto patologia do desenvolvimento com características próprias, distinta das até então descritas. No entanto, por influência das correntes psicanalíticas, a história do autismo nos anos 50 e 60 foi marcada por uma perspectiva predominante estritamente comportamental e pós-natal, que o define como uma manifestação da esquizofrenia (Marques, 2000). Neste período a teoria vigente caracteriza o autismo como uma perturbação emocional desencadeada por factores externos, particularmente influenciada pelo défice afectivo a que estas crianças estariam sujeitos por apresentarem pais pouco afectuosos. Em 1967, Bruno Bettelheim afirma este défice afectivo por parte dos progenitores, em particular das mães, denominadas de ‘mães frigorífico’, como causa do comportamento autista, sendo a *parentectomy* – afastamento das crianças dos pais, colocando-as em residências alternativas - uma prática terapêutica corrente (Oliveira, 2005). A Associação Americana de Psiquiatria (APA) definiu o autismo enquanto ‘ reacção esquizofrénica ou esquizofrenia do tipo infantil’ nos seus dois primeiros manuais de perturbações mentais. Só nos anos 80, aquando a publicação do DSM III, o autismo seria incluído no grupo de perturbações globais do desenvolvimento com início na infância. Surge pela primeira vez a denominação de ‘pervasive developmental disorders’, categoria que englobava um conjunto de distúrbios clínicos de

início precoce que afectavam, de forma mais ou menos grave, o comportamento e desenvolvimento do indivíduo, na qual o 'autismo infantil' foi incluído. No DSM-III o autismo foi, por fim, claramente distinguido da esquizofrenia, assumindo-se como entidade clínica independente.

Na revisão de 1987, DSM-III-R, o autismo permanece integrado na categoria de perturbações globais do desenvolvimento, e a sua clínica é sub-dividida em três domínios comportamentais: défice na interacção social, défice na comunicação e comportamento repetitivo. A denominação de 'autismo infantil' é substituída por 'perturbação autística'. Desde 1994 até à mais recente revisão do DSM, o autismo manteve-se definido como uma perturbação global do desenvolvimento, apesar de outras entidades diagnósticas - Perturbação de Asperger, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e Perturbação de Rett - terem sido assumidas desde então.

Na mais recente e quinta revisão do DSM as várias entidades diagnósticas anteriormente estabelecidas dão lugar a uma única entidade - perturbação do espectro do autismo. Os critérios de diagnóstico foram reorganizados em duas áreas: 1) comunicação social/interacção e 2) comportamentos repetitivos.

## 1.2 Características e sintomatologia

O autismo é uma patologia do neurodesenvolvimento com manifestação comportamental que se traduz em défices significativos na capacidade de comunicar e de estabelecer relações sociais e afectivas, bem como por padrões de comportamento e interesses limitados, repetitivos e estranhos (Ozonoff & Rogers, 2003). Assim, para que se possa estabelecer um diagnóstico de autismo é indispensável a presença de uma tríade clínica nuclear, que integra os critérios de diagnóstico formais da AAP e da OMS, composta por três domínios do desenvolvimento humano - interacção social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo – que, por se encontrarem profundamente afectados, definem a especificidade desta patologia (Slater & Bremner, 2004).

No DSM-V, tal como já foi referido, a perturbação do espectro do autismo é descrita como uma patologia do desenvolvimento que afecta a comunicação e interacção social e é caracterizada por comportamentos repetitivos (cf. Tabela 1).

**Tabela 1. Critérios de diagnóstico do DSM-V para perturbação do espectro do autismo**

---

### Comunicação social / interacção

---

Presença de défice de reciprocidade na interacção social ou emocional, incluindo:

- a) dificuldade em estabelecer ou manter conversas e interacções;
  - b) dificuldade em iniciar interacção social;
  - c) dificuldade na atenção conjunta e/ou na partilha de emoções e interesses;
  - d) dificuldade grave em manter relações, que pode variar entre ausência de interesse em outras pessoas, dificuldade em participar em actividades sociais apropriadas à idade ou dificuldade em ajustar-se às diferentes expectativas sociais;
  - e) dificuldade na comunicação não-verbal, que se pode manifestar no contacto visual, na postura, na expressão facial ou no tom de voz e gestos e na incapacidade de compreender o seu significado.
- 

### Comportamento restrito e repetitivo

---

Presença de dois dos seguintes sintomas:

- 1) Discurso, movimentos motores ou utilização de objectos estereotipado ou repetitivo.

- 2) Aderência excessiva à rotina, padrões ritualizados de comportamentos verbais ou não verbais ou resistência excessiva à mudança.
  - 3) Padrão restrito de interesses que são anormais em intensidade ou foco.
  - 4) Hiper ou hipo reactividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente.
- 

O diagnóstico será baseado nos sintomas actuais e/ou na história desenvolvimental do sujeito, no que diz respeito a estas duas áreas. Como no DSM-IV, os sintomas terão de causar dificuldades funcionais para que sejam considerados patológicos.

De acordo com os critérios para distúrbio autista da OMS, definido pelo ICD-10, o diagnóstico implica a presença de 1) anomalia qualitativa da interacção social recíproca, 2) problemas qualitativos de comunicação e 3) comportamentos, interesses e actividades restritas, repetitivas e estereotipadas (cf. Tabela 2).

**Tabela 2. Critérios de diagnóstico para o distúrbio autista – ICD 10**

---

Anomalia qualitativa da interacção social recíproca, manifestada em pelo menos dois dos quatro sintomas seguintes:

---

- 1) incapacidade de usar adequadamente o olhar, a expressão facial, gestual e os movimentos corporais ao nível das interacções sociais;
  - 2) incapacidade de estabelecer relações com os pares que impliquem uma partilha mútua de interesses, actividades e emoções;
  - 3) recurso esporádico aos outros em busca de conforto e afecto, em caso de ansiedade, desconforto ou sofrimento;
  - 4) inexistência de procura espontânea para a partilha de alegrias, interesses ou sucesso;
  - 5) ausência de reciprocidade social e emocional, expressa em respostas perturbadas ou anormais face às emoções dos outros ou ausência de modulação do comportamento consoante o contexto social.
- 

Problemas qualitativos de comunicação manifestados em pelo menos um dos seguintes sintomas:

---

- 1) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada não acompanhada por uma tentativa de compensação com outras formas de comunicação alternativa, por exemplo, a comunicação gestual ou mímica;
- 2) ausência de jogo espontâneo do 'faz de conta' ou do jogo social imitativo;

- 3) incapacidade de iniciar ou manter uma conversa;
- 4) utilização estereotipada e repetitiva da linguagem bem como utilização idiossincrática das palavras e frases.

---

Comportamentos, interesses e actividades restritas, repetitivas e estereotipadas, manifestados em pelo menos um dos quatro sintomas seguintes:

---

- 1) ocupação obsessiva por um ou vários centros de interesse estereotipados e limitados;
  - 2) adesão, aparentemente compulsiva, a hábitos e rituais específicos e não funcionais;
  - 3) actividades motoras estereotipadas e repetitivas;
  - 4) preocupação persistente e não funcional com partes de objectos, elementos ou peças de um jogo.
- 

### 1.2.1 Linguagem e comunicação

No que diz respeito ao domínio da linguagem e comunicação a característica que se associa mais precocemente ao diagnóstico de autismo é o quase sempre presente atraso de linguagem. Constituindo-se frequentemente como a primeira preocupação dos pais, o atraso na aquisição da fala é muito comum nas crianças com autismo, sendo igualmente significativa a percentagem de crianças que nunca adquirem linguagem oral (Williams & Wright, 2008). À tardia aquisição da linguagem associam-se aptidões de linguagem expressiva (saber como dizer as coisas) e receptivas (compreender o que ouve) limitadas (Williams, Wright, 2008).

No discurso da criança com autismo é ainda frequente a ecolália imediata (repetição imediata do que lhe é dito) e diferida (repetição de frases ouvidas anteriormente). Esta característica surge numa fase pré verbal, tal como é normativamente expectável, mas mantém-se após a aquisição da linguagem, desviando-se do normativo desenvolvimento da linguagem (Gilberg & Coleman, 2000). A inversão de pronomes é igualmente comum, referindo-se a si próprios na segunda ou terceira pessoa (ex. *O João quer água*).

Mesmo as crianças e jovens fluentes revelam dificuldade em iniciar e manter uma conversa, bem como em compreender a reciprocidade implícita ao diálogo, revelando tendência para conversas unilaterais, centradas nos seus interesses (Williams, Wright, 2008). Apesar de, por norma, responderem de forma adequada a perguntas directas, é-lhes difícil manter um diálogo contextualizado, sendo que a dificuldade na compreensão de questões mais complexas e a pragmática social se encontram sempre afectadas (Oliveira, 2005). É ainda comum os jovens com autismo sem comprometimento cognitivo apresentarem um discurso excessivamente formal e pedante, associado a alterações da prosódia e interpretações literais<sup>1</sup> (Attwood, 1998).

Os défices de comunicação não verbal e gestual são também característicos e podem incluir, entre outros, a utilização limitada de gestos e a linguagem corporal desajeitada, a expressão facial pouco variada ou inadequada e o contacto ocular pobre e/ou peculiar (Gillberg & Gilberg, 1989).

### 1.2.2 Comportamento social

Todos os que procuram definir o perfil invulgar de capacidades e comportamentos característicos do autismo são unânimes em incluir neste um comportamento social deficitário. A este respeito, Gillberg & Gilberg (1989) consideram que a alteração do comportamento social manifestada pela criança ou jovem com autismo pode incluir dificuldade na interacção com pares

---

<sup>1</sup> Uma visita da família disse à criança num tom simpático ‘Tens os olhos do teu pai’ afirmação que a intrigou bastante e a levou a voltar-se para a mãe para lhe averiguar: ‘Mãe, os meus olhos são meus não são?’ (Attwood, 1998).

e/ou falta de vontade de interagir com os mesmos, deficiente percepção dos sinais sociais e/ou comportamento social e emocional inadequado, sendo que a excentricidade do comportamento social destas pessoas pode ser muito evidente<sup>2</sup> (Attwood, 1998). Szatmari et al. (1989) acrescentam a tendência para o isolamento, a dificuldade em interpretar o sentimento dos outros, a incapacidade de comunicar através do olhar e a tendência para não respeitar a proximidade que regula as interações sociais.

### 1.2.3 Comportamento repetitivo e estereotipado

O comportamento da criança com autismo é frequentemente marcado pela presença de padrões de interesses que se revelam patológicos por serem repetitivos, estereotipados e invulgares Gillberg (1989). São exemplo destes o brincar repetitivo, sem utilização funcional ou simbólica dos objectos (ex. alinhar carros) perguntas estereotipadas - em que a criança coloca questões de forma sistemática sem ter interesse na resposta, o interesse exagerado por temas específicos, como por exemplo os sinais e regras de trânsito ou as bandeiras, e a tendência para se fixarem em actividades repetitivas, como o movimento circular da máquina de lavar a roupa (Oliveira, 2005).

São igualmente comuns as estereotipias motoras como rodopiar, abanar as mãos e braços de forma repetitiva quando

---

<sup>2</sup> Uma mulher com Síndrome de Asperger contou que em criança viu pessoas a entrar na casa do outro lado da rua, correu para um dos novos miúdos e, em vez do convencional cumprimento e convite, do género: 'Olá, queres brincar?' exclamou: 'Nove vezes nove, 81!' (Attwood, 1998).



excitados ou zangados, ou a marcha em bicos dos pés (Gillberg & Coleman, 2000).

### 1.3 Prevalência

A prevalência mundial de autismo é estimada em 1-2 por 1000 crianças, estimando-se, no entanto, que cerca de 6 por mil crianças, apresentem características comportamentais que se integram no espectro autista, apesar de não preencherem os critérios para um diagnóstico formal (Williams & Higgins et al., 2006).

De acordo com os dados recolhidos em 2008 pela The Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network (ADDM) a prevalência estimada de autismo nos Estados Unidos da América é de 11,3 por mil crianças (um em 88). Estes dados foram recolhidos em 14 centros de investigação, tendo sido considerado que a criança apresenta um diagnóstico de autismo caso esta preencha os critérios definidos pelo DSM-IV-TR para Perturbação Autística, Perturbação de Asperger ou Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento.

A comparação destes resultados com os de anos anteriores sugere um aumento na prevalência do autismo (c.f. tabela 3).

**Tabela 3. Prevalência de autismo ADDM Network 2000-2008**

Ano	Prevalência por 1,000 crianças	
2000	6.7 (4.5 – 9.9)	1 em 150
2002	6.6 (3.3 – 10.6)	1 em 150
2004	8.0 (4.6 – 9.8)	1 em 125
2006	9.0 (4.2 – 12.1)	1 em 110
2008	11.3 (4.8 – 21.2)	1 em 88

No entanto, um estudo realizado por Blumberg et al. em 2013 identificou uma prevalência de apenas 2% numa amostra de 95,677 crianças, sugerindo que uma parcela significativa dessas variações seja, provavelmente, atribuível a diferenças

nos critérios diagnósticos, métodos de rastreio e idade das crianças avaliadas.

Estudos realizados ao longo da última década na Ásia, Europa e América do Norte identificaram uma prevalência média de cerca de 1%, no entanto alguns destes estudos apresentam resultados significativamente díspares entre si (c.f. tabela 4).

**Tabela 4. Estudo sobre a prevalência de autismo em vários países**

Ano	Autor	País	Prevalência
2007	Oullette-Kuntz et al.	Canada	1.2
2008	Wong et al.	Hong Kong	1.6
2008	Williams et al.	Austrália	1.0
2008	Montiel-Nava et al.	Venezuela	1.7
2009	Baron-Cohen et al.	Reino Unido	15.7
2011	Parner et al.	Dinamarca	6.9
2011	Chien et al.	Taiwan	2.9
2012	Kocovska et al.	Ilhas Faroé	9.4

Oliveira (2005), no seu estudo epidemiológico do autismo em Portugal, aponta para uma prevalência de um caso em cada mil sujeitos, com a predominância do sexo masculino numa relação de 3:1.

#### 1.4 Etiologia

Apesar dos significativos avanços na investigação da etiologia do autismo, a(s) sua(s) causa(s) exacta(s) permanece(m) desconhecida(s) na grande maioria dos casos. No entanto, e apesar de diversas teorias que colocam hipóteses explicativas, há um consenso generalizado na comunidade científica de que se trata de uma perturbação neurodesenvolvimental que terá predisposição ou determinação genética associada (Baily, Le Couteur, Gottesman, Bolton, Simonoff, Yuzda & Rutter, 1995; Szatman, Jones, Zwaigenbaum & Maclean, 1998).

A frequente comorbilidade do autismo com a epilepsia e outras anomalias electroencefalográfias, o aumento da frequência de

ocorrência de autismo em gémeos homozigóticos, bem como a percentagem de recorrência entre irmãos suportam a base neurobiológica desta perturbação. Será, no entanto, muito improvável que qualquer um único factor genético explique todos os casos de autismo (Baily, Le Couteur, Gottesman, Bolton, Simonoff, Yuzada & Rutter, 1995). Observações que identificaram uma percentagem de cerca de 60% de concordância de diagnóstico de autismo em gémeos idênticos, levam à conclusão de que a genética por si só não explica a patologia. A este respeito, tem sido colocada a hipótese de a ocorrência de certas condições infecciosas, imunológicas ou ambientais despoletarem uma predisposição genética para o autismo. O número exacto dos genes envolvidos, a sua identificação, bem como o seu modo de transmissão permanece desconhecido.

## **II. Transição para a vida pós-escolar no autismo**

A transição para a vida pós-escolar é tradicionalmente definida pela conclusão do ensino secundário, pela integração em educação pós-secundária e/ou obtenção de emprego e pela participação na comunidade, que pressupõe que o sujeito experiencie um conjunto de relações pessoais e sociais perspectivadas como satisfatórias (Wehman, 2006). Esta transição, com todas as etapas que envolve, revela-se por norma significativamente difícil para muitos adolescentes com deficiência (deFur & Patton, 1999; Schall & Wehman, 2008; Sitlington & Clark, 2006), particularmente para os jovens com autismo. As oportunidades de integração no ensino superior têm sido muito limitadas nesta população e as taxas de empregabilidade bastante baixas (O'Brien & Daggett, 2006; Schall, Cortijo-Doval, Targett & Wehman, 2006).

Tendo em conta que a investigação aponta para que, com formação e educação adequadas, os indivíduos com autismo podem integrar a comunidade de forma importante (Schall et al., 2006) e trabalhar de forma competitiva (Gerhardt & Holmes, 2005; Hurlbutt & Chalmers, 2002, 2004), é importante que a transição para a vida pós-escolar seja cuidadosamente planeada e implementada, tendo em vista a optimização das oportunidades de sucesso.

### **2.1 Autonomia pessoal e social nos adultos com autismo**

Estudos realizados nos anos 70 e 80 sobre a temática do prognóstico do autismo, no que diz respeito à autonomia pessoal e social atingida na adultez, indicavam que, apesar de variável, a situação psicossocial dos adultos com autismo nestas décadas revelava-se pobre em termos globais (Gillberg, 1991;

Nordin & Gillberg, 1998). De acordo com estes estudos, e tendo como critérios a conclusão do ensino, o início da vida profissional e a existência de uma situação residencial independente, cerca de dois terços dos sujeitos não era autónomo no início da vida adulta.

Estudos mais recentes têm sugerido que, apesar de as últimas décadas se caracterizarem por um diagnóstico cada vez mais precoce e por uma intervenção intensiva desde os primeiros anos de vida da criança com autismo, o prognóstico desta patologia permanece trágico no que diz respeito aos níveis de autonomia na vida adulta. Neste sentido, a literatura aparenta ser unânime na sua afirmação de que os indivíduos com autismo requerem, na idade adulta, um suporte familiar e social considerável, por frequentemente apresentarem défices muito significativos na sua capacidade de funcionarem de forma autónoma e independente (Howlin, 2000; Lovaas, 1987; Schopler & Mesibov, 1983; Szatmari, Bartolucci, Bremner, Bond & Rich, 1989).

Num estudo desenvolvido com um grupo de 68 adultos, com uma idade média de 29 anos, apenas uma minoria pouco significativa (15%) apresentavam um nível de autonomia pessoal e social que lhes permitia funcionar de modo relativamente independente e 20% conseguiam funcionar adequadamente com recurso a programas de apoio comunitário que assumiam a função de orientação e supervisão. Os restantes adultos revelaram uma elevada dependência dos familiares ou cuidadores alternativos, sendo incapazes de cuidar de si de modo autónomo (Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2004). Billstedt, Gillberg & Gillberg (2005) avaliaram, por sua vez, a situação de um grupo de 120 adultos no que diz respeito à sua integração social e profissional. A

condição psicosocial dos sujeitos foi classificada de acordo com uma escala que variava entre uma integração considerada 'muito boa' e uma integração considerada 'muito pobre'. Esta escala teve em conta critérios como a inserção no mercado de trabalho e/ou académico, a capacidade para viver de modo autónomo (gerir uma habitação própria), a manutenção de um grupo de amigos e a adequação das competências de comunicação. Os resultados permitiram identificar que 57% dos sujeitos apresentavam uma integração 'muito pobre' e em 21% dos casos esta foi classificada como 'pobre'. Apenas em 8% dos indivíduos foi considerado que preenchiam critérios de uma 'boa' integração, não tendo qualquer sujeito preenchido os critérios inerentes à classificação máxima.

#### 2.1.1 Condição psicosocial: situação residencial

Os estudos que, ao longo dos últimos anos, têm abordado a questão da situação residencial nos adultos com autismo têm revelado dados desanimadores. Apesar de uma pequena percentagem de adultos com autismo viver sozinho e de modo relativamente autónomo, a grande maioria continua a viver em casa dos pais durante a idade adulta (Billstedt, Gillberg & Gillberg, 2005; Howlin et al, 2004). Um estudo realizado numa amostra de adultos com autismo que haviam sido sinalizados durante o seu percurso escolar como alunos com necessidades educativas especiais, concluiu que 80% permanecia em casa dos seus pais sendo que apenas 4% viviam por conta própria (Wagner, Newman, Cameto, Garza, & Levine, 2005).

Outros estudos foram desenvolvidos com o propósito de identificar factores individuais que poderiam influenciar ou condicionar o nível de autonomia desta população. Howlin et al. (2004) investigaram, a este respeito, se e de que forma a

aptidão cognitiva dos indivíduos com autismo influencia a sua capacidade para viver de forma autónoma e independente em adulto. A amostra foi composta por adultos com diagnóstico de autismo (idade média de 29,3 anos) com um QI<sup>3</sup> superior a 50 sendo que a análise das suas condições de vida revelou que 40% dos sujeitos residia em casa dos pais e apenas 5% vivia de forma independente. No entanto, quando se procedeu à análise da situação residencial dos participantes subdividindo-os em grupos de acordo com o nível intelectual - um grupo composto pelos sujeitos com um QI de 70 ou superior a 70 e outro grupo pelos sujeitos com um QI entre 50 e 69 – os dados mostraram que a permanência em casa dos progenitores na adultez era muito mais frequente naqueles sujeitos cujo nível intelectual era inferior a 70.

Cedurland, Hagberg, Billstedt, Gillberg e Gillberg (2008), num estudo desenvolvido na Suécia, concluíram, por sua vez, que indivíduos diagnosticado em criança com Perturbação Autística apresentavam em adultos uma condição psicosocial consideravelmente mais desfavorecida quando comparados com indivíduos diagnosticados com outra perturbação do espectro (ex. Perturbação de Asperger, Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento). Neste estudo, e no que diz respeito à situação residencial, apenas 8% dos sujeitos diagnosticados com Perturbação Autística viviam sozinhos, enquanto que 64% dos restantes sujeitos, que haviam sido diagnosticados com outra perturbação do espectro, o faziam. Apesar disso, todos os sujeitos de ambos os grupos foram descritos como dependentes do apoio dos pais, mesmo nos casos em que estes residiam longe.

---

<sup>3</sup> Quociente de Inteligência

### 2.1.2 Condição psicossocial: situação profissional

As dificuldades sociais, interpessoais e, frequentemente, cognitivas características do autismo revestem-se de natureza crónica, mantendo-se relativamente constantes ao longo de todo o percurso de vida do indivíduo com autismo. Destas especificidades, relacionadas com o comportamento social e o desempenho cognitivo, decorrem significativas dificuldades de integração no mercado de trabalho, seja no processo de obter um emprego como na capacidade de o manter. Assim, e apesar de a experiência ter vindo a demonstrar que estes indivíduos revelam capacidade para trabalhar numa variedade de negócios e indústrias (O'Brien & Daggett, 2006), uma grande maioria dos indivíduos com autismo não vem a desempenhar qualquer ocupação profissional na adultez (Organização Nacional das Pessoas com Deficiência, 2004; Wagner et al, 2005).

Num estudo (Kobayahsi e Murata, 1992) realizado com 187 jovens adultos com autismo (idade média de 21,5 anos) apenas um quarto se encontrava empregado. Outro estudo desenvolvido posteriormente (Mawhood, Howlin e Rutter, 2000) constatou que, numa amostra de 19 sujeitos com autismo, apenas quatro desempenhavam uma actividade profissional, sendo que em três dessas situações o emprego em questão era protegido ou de natureza voluntária e não remunerada. O emprego protegido ou de natureza voluntária é comum nesta população, tal como Cedurland et al. (2008) constatou num estudo desenvolvido a este respeito. Na sua amostra apenas 20% dos sujeitos desempenhavam uma profissão e em 10% destes tratava-se de um emprego protegido.

A investigação sugere que os adultos com autismo apresentam taxas de desemprego e subemprego mais elevadas, bem como



tendem a mudar mais frequentemente de emprego, revelam uma maior dificuldade de adaptação às configurações de um novo trabalho e uma mais reduzida remuneração, quando comparados quer a adultos sem patologia (Howlin, 2000; Hurlbutt & Chalmers, 2004; Jennes-Coussens, Magill-Evans & Koning, 2006; Müller, Schuler, Burton & Yates, 2003), quer a indivíduos com perturbações de linguagem menos graves ou indivíduos com dificuldades de aprendizagem (Cameto et al., 2004). Mesmo para uma minoria de indivíduos com autismo que frequentaram a universidade, as dificuldades de emprego são comuns (Howlin, 2000), e os sujeitos que não apresentam comorbilidade com défice cognitivo apresentam taxas apenas ligeiramente mais elevadas do que os sujeitos que apresentam um QI inferior a 70 (Howlin et al., 2004).

Verifica-se, portanto, que características como a dificuldade em comunicar com os colegas e supervisores, a incapacidade para reconhecer e comportar-se de acordo com as regras sociais inerentes ao contexto, a dificuldade em trabalhar de forma independente, os comportamentos desajustados ou obsessivos e a resistência à mudança (Howlin, 2000, 2004) condicionam de forma significativa o desempenho ocupacional e profissional dos adultos com autismo. É, no entanto, igualmente reconhecido que os indivíduos com autismo demonstram, por vezes, competências excepcionais em áreas particulares e revelam traços de personalidade que são do agrado de muitos empregadores por contribuírem para um desempenho laboral útil e produtivo. Entre estas características salientam-se a capacidade de resistência a tarefas repetitivas e/ou solitárias, de memorização e de atenção ao detalhe, bem como a típica honestidade incondicional, o cumprimento rígido das normas definidas e consequente baixo absentismo, bem como a menor

probabilidade de se dispersarem com os aspectos relacionais que integram o local de trabalho (Howlin, 2000, 2004).

### 2.1.3 Condição psicossocial: relações interpessoais

Durante a adolescência, o fosso social entre os indivíduos com autismo e os seus pares com desenvolvimento típico tende a aumentar. Os interesses de uns e outros divergem significativamente e, uma vez que a adolescência é uma etapa de marcado envolvimento social, os défices interpessoais do adolescente com autismo revelam-se mais óbvios e notórios (Arick et al, 2005; Church, Alinsanski & Amanullah, 2000; Collier & Schall, 2003).

A este respeito, Orsmond, Krauss e Seltzer (2004) investigaram as relações entre 235 adolescentes e adultos com autismo. Destes, 30% relataram uma relação com pelo menos um amigo, enquanto quase metade referiram não manter qualquer relacionamento de amizade. Mawhood et al. (2000) constatou, noutro estudo sobre esta questão, que apenas 16% dos jovens adultos com autismo tinham pelo menos um amigo e quase metade (47%) relataram não ter um amigo preferido. Howlin et al. (2004), por sua vez, concluíram que apenas 26% do total de adultos com autismo que participaram no seu estudo foram classificados como tendo pelo menos um amigo, enquanto a maioria não tinha amigos nem conhecidos. Estes dados sugeriram ainda que a escassez de relações de amizade era comum mesmo nos sujeitos sem défice no funcionamento intelectual. Relacionamentos de outra natureza são também escassos entre os adultos com autismo, sendo que só uma pequena minoria se envolve em relações íntimas (Hellemans, Colson, Verbraeken, Vermeiren & Deboutte, 2006; Jennes-

Coussens et al., 2006) ou se casa (Cedurland et al, 2008; Howlin, 2000).

Apesar do marcado déficit de relações sociais, é importante salientar que o indivíduo pode desejar tais relações mas não possuir as aptidões sociais necessárias para as cultivar (Marks, Schrader, Longaker & Levine, 2000).

### **III. Avaliação Funcional dos Jovens com Autismo: Um estudo exploratório com o TEACCH Transition Assessment Profile (TTAP)**

#### **3.1 Objectivos**

Como anteriormente esclarecido, a atempada avaliação do potencial funcional do jovem com autismo, tendo em vista a sua consideração na construção do seu projecto de vida, é de indubitável importância. Neste sentido, o presente estudo exploratório pretende contribuir para a compreensão do perfil funcional do jovem com autismo, compreensão fundamental à planificação de uma intervenção que fomente o real desenvolvimento de competências essenciais à autonomia pessoal, social e comunitária desta população. Com este propósito, investigar-se-ão igualmente as potenciais relações entre o diagnóstico (subtipo clínico) e os resultados obtidos nas várias subescalas que compõem o TTAP, assim como as relações entre os últimos e outras variáveis (idade, género, grau de autismo, comportamento adaptativo e comorbilidade com défice cognitivo, idade de aquisição de linguagem).

Assim, o presente trabalho foi desenvolvido tendo em conta os seguintes objectivos específicos:

- Contribuir para um melhor conhecimento do desempenho funcional do jovem com autismo;
- Caracterizar o perfil funcional do jovem com autismo, identificando dificuldades e potencialidades comuns;
- Analisar, através de estudos correlacionais, a relação entre resultados obtidos nas várias subescalas que compõem o TTAP e 1) a idade; 2) o género; 3) o subtipo

clínico de perturbação do espectro do autismo; 3) a severidade do autismo; 4) o comportamento adaptativo; 5) o nível cognitivo cognitivo e 6) a idade de aquisição da linguagem.

Não são conhecidas, até ao momento, investigações que tenham utilizado o TTAP, sendo este um instrumento mais utilizado no âmbito da avaliação e treino de competências. Assim, não existem dados sobre o desempenho desta população nesta escala específica que possam orientar a formulação de hipóteses. No entanto, tendo em conta as características da escala, bem como o conhecimento das especificidades desenvolvimentais, comportamentais e clínicas que definem os indivíduos portadores de perturbação do espectro do autismo, foram formuladas as seguintes hipóteses, no que diz respeito à relação entre os resultados obtidos e as variáveis definidas:

H1 - Há relação directa entre os *resultados* (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) *obtidos pelos sujeitos* e a *idade*, prevendo-se que os sujeitos mais velhos obtêm melhores resultados (maior número de competências adquiridas).

H2 - Não existem diferenças significativas entre os *resultados* (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) *obtidos pelos sujeitos* e o *género*.

H3 - Há uma diferença estatisticamente significativa entre os *resultados* (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) obtidos pelos *sujeitos com diagnóstico de autismo típico* e os *sujeitos com diagnóstico de autismo atípico*, prevendo-se que os

sujeitos diagnosticados com autismo atípico apresentem um melhor desempenho.

H4 - Há relação inversa entre os *resultados* (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) *obtidos pelos sujeitos* e a *severidade do autismo*, prevendo-se que o desempenho dos sujeitos classificados como 'não autismo' na CARS obterão melhores resultados do que os sujeitos classificados com 'autismo ligeiro a moderado'.

H5 - Há relação directa entre os *resultados* (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) *obtidos pelos sujeitos* e o *nível de comportamento adaptativo*, prevendo-se que os sujeitos com um nível de comportamento adaptativo superior obtenham melhores resultados.

H6 - Há relação directa entre os *resultados* (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) *obtidos pelos sujeitos* e o *grau de défice cognitivo*, prevendo-se que 1) o desempenho dos sujeitos será tanto melhor quanto menor o grau de défice cognitivo; 2) os sujeitos sem défice cognitivo obtêm melhores resultados do que os sujeitos com défice cognitivo associado.

H7 - Há relação inversa entre os *resultados* (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) *obtidos pelos sujeitos* e a *idade de aquisição da linguagem*, prevendo-se que o desempenho dos sujeitos será tanto melhor quanto mais precoce a idade de *aquisição da linguagem* (frases simples).

### 3.2 Metodologia

De modo a alcançar os objectivos anteriormente definidos, optou-se pela realização de um estudo quantitativo e descritivo-correlacional. Um estudo é de natureza quantitativa quando se utilizam dados numéricos para obter informações, descrever e testar relações entre variáveis (Fortin, 1999). Ao visar explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista à sua descrição, este é igualmente considerado um estudo descritivo-correlacional (Fortin, 1999).

#### 3.2.1 Caracterização da Amostra

##### 1. Características gerais da amostra

A amostra foi constituída por um grupo de jovens ( $N = 47$ ) acompanhados na Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo do Hospital Pediátrico de Coimbra tendo sido considerados os seguintes critérios de inclusão: idade cronológica compreendida entre os 13 anos e os 16 anos e diagnóstico de perturbação do espectro do autismo confirmado por instrumentos de avaliação (Autism Diagnostic Interview-Revised ou Autism Diagnostic Observation Scale) e acordo clínico.

Os sujeitos que constituem a amostra têm uma idade média de 14,26 anos, com um desvio-padrão de 1,113 (cf. Tabela 1).

**Tabela 5. Distribuição da amostra em função da idade**

Idade	N	Percentagem %
13	16	34,0
14	11	23,4
15	12	25,5
16	8	17,0
Total	47	100,0

Quanto ao género, constatou-se uma predominância do sexo masculino (74,5%) relativamente ao sexo feminino (25,5%).

No que diz respeito à modalidade de ensino, a grande maioria dos sujeitos frequenta o ensino regular (80,9%), sendo que apenas 4,3% dos sujeitos da amostra estão integrados em instituições vocacionadas para dar resposta a situações de deficiência (regime institucional). Na restante amostra 12,8% frequentam simultaneamente o ensino regular e o regime institucional e 2,1% frequenta o ensino profissional (cf. Tabela 2).

**Tabela 6. Distribuição da amostra em função da modalidade de ensino**

Modalidade de Ensino	N	Percentagem %
Ensino Regular	38	80,9
Regime Institucional	2	4,3
Ensino Profissional	1	2,1
Ensino Regular e Regime Institucional	6	12,8
Total	47	100,0

Dos sujeitos integrados no ensino regular 91,5% beneficia de medidas educativas especiais ao abrigo do decreto-lei 3/2008, sendo que destes 53,2% está integrado em Currículo Específico Individual.

Atendendo à região geográfica de residência, verificou-se que 66% dos sujeitos habitam na região Centro, seguindo-se a região de Lisboa e Vale do Tejo que corresponde à região de residência de 17% dos sujeitos. Dos restantes, 14,9% dos sujeitos são residentes no Norte e 2,1% residem na região do Alentejo.

Realizou-se igualmente a análise do nível socioeconómico, de acordo com classificação de Simões (2000), sendo que, da informação que foi possível recolher (N = 36), verificou-se que os sujeitos da amostra se distribuem pelos diferentes estratos



socioeconómicos da seguinte forma: 48,9% pertence ao nível socioeconómico baixo, 21,3% no estrato socioeconómico médio, e apenas 6,4% pertencem ao nível socioeconómico elevado.

## 2. Características diagnósticas da amostra

De acordo com o ICD-10 o autismo atípico é uma perturbação global do desenvolvimento que não cumpre todos os critérios de diagnóstico do autismo infatil. Esta acategoria é utilizada para classificar crianças com um desenvolvimento alterado ou desviante mas que não apresentam, nos três domínios implicados no autismo – comunicação, interacção social e comportamento repetitivo e estereotipado - manifestações patológicas suficientes para que se possa estabelecer um diagnóstico de autismo infantil.

De acordo com esta codificação, 78,7% dos sujeitos da amostra têm o diagnóstico de autismo típico e 21,3 de autismo atípico.

No que diz respeito ao grau de gravidade, inferido através da cotação da Childhood Autism Rating Scale – CARS (Schopler, Reichler, & Renner, 1988), 42,6% dos sujeitos apresentam autismo ligeiro a moderado, 34% autismo grave e 17% dos sujeitos são considerados não autismo (6,4% dos sujeitos não foram avaliados com este instrumento de diagnóstico).

Dos sujeitos que compõem a amostra 80,9% apresentam autismo idiopático e 14,9% têm outras doenças associadas.

## 3. Linguagem, cognição e comportamento adaptativo

Com o objectivo de analisar a aquisição da linguagem foram estabelecidos como critérios os definidos pela ADI-R para considerar os sujeitos verbais ou não verbais (Lord, Rutter, & LeCouteur, 1994). Neste sentido, foi considerado como

*aquisição de linguagem* a utilização consistente de frases de 3 palavras, obrigatoriamente compostas por nome e verbo.

Assim, os sujeitos verbais da amostra ( $N = 36$ ; 76,6%) apresentam os 50,1 meses como idade média de aquisição de linguagem ( $DP \pm 22,4$ ), com valor mínimo de 24 meses e máximo de 120 meses. Os restantes 23,4% não apresentam linguagem oral na forma de frases.

Relativamente à idade de aquisição da linguagem, 72% adquiriu a linguagem entre os 3 e os 5 anos de idade (cf. Tabela 3).

**Tabela 7. Distribuição da amostra em função da idade de aquisição da linguagem**

Idade de Aquisição Linguagem	N	Percentagem %
0 – 3 anos	5	13,9
3 – 5 anos	26	72,2
Após 5 anos	5	13,9
Total	36	100,0

No que diz respeito ao nível cognitivo, tendo em conta os resultados quantitativos obtidos na Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (Wechsler, 2003) ou na Escala de Avaliação do Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (Griffiths, 1984), a amostra apresenta um resultado médio de 66,7 ( $DP \pm 21,9$ ), sendo o valor mínimo de 28 e o valor máximo de 117.

De acordo com a classificação do ICD-10, 53,2% dos sujeitos da amostra apresenta défice cognitivo. Destes 52% apresentam défice cognitivo ligeiro, 36% défice cognitivo moderado e 12% défice cognitivo grave (cf. Tabela 4).

**Tabela 8. Distribuição da amostra em função do grau de défice cognitivo**

Grau de Déficit Cognitivo	N	Percentagem %
Ligeiro	13	52,0
Moderado	9	36,0
Grave	3	12,0
Total	25	100,0

Em relação ao nível de comportamento adaptativo, de acordo com os resultados de cotação padrão obtidos pelos sujeitos no comportamento adaptativo composto avaliado na Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984) a amostra apresenta um resultado médio de 52,1 (DP $\pm$  18,8), sendo o valor mínimo de 20 e o valor máximo de 85.

Realizando uma análise mais detalhada dos resultados verifica-se que 53,2% dos sujeitos da amostra apresenta um nível de comportamento adaptativo abaixo da média (entre - 2 a - 4 DP) e 29,8% um nível muito abaixo da média (abaixo de 4 DP), sendo que apenas 17% tem um resultado dentro da média (cotação padrão global superior a 70) (cf. Tabela 5).

**Tabela 9. Distribuição da amostra em função do nível de comportamento adaptativo**

Nível de Comportamento Adaptativo	N	Percentagem %
Dentro da média	8	17,0
Abaixo da média	25	53,2
Muito abaixo da média	14	29,8
Total	47	100,0

### 3.2.2 Procedimento

A maioria dos sujeitos da amostra havia sido anteriormente avaliada com o protocolo de avaliação diagnóstica da Consulta de Autismo da Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo (ADI-R, ADOS, CARS, DSM-IV), com exceção de 3 sujeitos a quem não foi aplicada a CARS. De igual modo havia sido realizada avaliação cognitiva/intelectual na maioria dos sujeitos (N = 45). A recolha destes dados foi realizada através da consulta da ficha clínica informatizada.

De Setembro a Dezembro foi realizada a tradução do TTAP, de modo a facilitar a sua aplicação em contexto hospitalar e permitir a sua utilização em contexto escolar, e foi iniciada a sua aplicação experimental. O TTAP foi aplicado individualmente no âmbito da Consulta de Autismo, tendo sido a informação relativa ao contexto familiar recolhida em entrevista a ambos os pais ou a um dos progenitores. Posteriormente, foi contactado por via postal e electrónica o estabelecimento de ensino/institucional frequentado por cada um dos sujeitos a fim de solicitar o preenchimento do questionário referente à avaliação de competências em contexto escolar. Estes dados não foram considerados na análise qualitativa e estatística dos resultados uma vez que apenas 16 dos estabelecimentos de ensino/institucionais contactados reenviaram o referido questionário devidamente preenchido.

Os dados utilizados na presente investigação foram recolhidos de Janeiro a Junho de 2013, tendo em conta a idade do sujeito na data da aplicação da escala.

### 3.2.3 Instrumentos

#### 1. Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

A ADI-R (Lord, Rutter, & LeCouteur, 1994) é uma entrevista semi-estruturada dirigida aos pais ou cuidadores, que procura identificar sintomatologia clínica sugestiva de perturbação do espectro do autismo, nas áreas da comunicação, da interação social e do comportamento repetitivo e estereotipado.

A sua administração é de 90 a 120 minutos (Lord et al., 1994 in Goodlin-Jones & Solomon, 2003), sendo os resultados posteriormente avaliados tendo em conta o algoritmo e os

pontos de corte para o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.

## 2. Autism Diagnostic Observation Scale (ADOS)

A ADOS (Lord, Rutter, DiLavore & Risi, 2002) é uma escala semi-estruturada de observação comportamental, destinada a avaliar o padrão de comunicação e interacção social da criança ou do adolescente referenciada(o) por suspeita de perturbação do espectro do autismo. A sua aplicação requer 35 a 40 minutos e consiste na apresentação de uma série de actividades que pretendem instigar oportunidades para observar o comportamento social da criança ou adolescente em avaliação.

A ADOS é composta por quatro módulos e a selecção do módulo a aplicar é realizada tendo em conta o nível de linguagem expressiva da criança ou adolescente em questão. Assim, o Módulo 1 é utilizado em crianças ou adolescentes não verbais, o Módulo 2 é aplicado sempre que o examinando já apresenta um discurso composto por frases mas ainda não utiliza as mesmas de um modo fluente e consistente, o Módulo 3 é utilizado com crianças/adolescentes fluentes e o Módulo 4 com adultos fluentes. Durante a administração do módulo, o examinador tira notas relativas ao comportamento do examinado em cada uma das actividades, sendo esta informação posteriormente utilizada para classificar o mesmo na área da comunicação e da interacção social.

A avaliação global, bem como as classificações obtidas em ambas as áreas, é definida através da utilização de um algoritmo de diagnóstico, que é fornecida para cada módulo.

### 3. Childhood Autism Rating Scale (CARS)

A CARS (Schopler, Reichler, & Renner, 1988) é um instrumento estruturado de observação comportamental, utilizada em crianças com mais de 24 meses de idade. As quinze questões que compõem a escala avaliam as seguintes áreas: relação com as pessoas; imitação; resposta emocional; movimentos do corpo; adaptação à mudança; resposta visual; resposta auditiva; resposta ao paladar; cheiro; tacto; medo e ansiedade; comunicação verbal e não-verbal; nível de actividade; nível de consistência de resposta intelectual e impressão global, e são classificadas numa escala de sete pontos (de típico a gravemente desviante).

A avaliação quantitativa global, que comporta a soma dos resultados obtidos em cada questão, permite classificar o grau de gravidade do comportamento da criança ou adolescente, e, conseqüentemente, confirmar ou infirmar o diagnóstico de autismo. O resultado divide-se em três graus: não autismo, autismo ligeiro a moderado e autismo severo. A administração da CARS (Schopler, Reichler, & Renner, 1988) é realizada através de observação directa da criança e exige uma média de trinta minutos.

Esta escala, apesar de ser reconhecida enquanto instrumento diagnóstico para a perturbação do espectro do autismo, foi utilizada neste estudo como medida de severidade.

### 4. Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (2 - 8 anos)

A Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Griffiths, 1984) avalia as sequências do desenvolvimento associadas ao crescimento mental. É composta por seis subescalas: Subescala A, Locomoção, avalia a motricidade global incluindo

o equilíbrio, a coordenação motora e controlo dos movimentos (ex: subir e descer escadas, chutar uma bola andar de bicicleta, etc.). A Subescala B, Pessoal-Social, avalia as competências ao nível da autonomia da criança em actividades quotidianas, o seu nível de independência e a capacidade de interacção com os pares (ex: vestir e despir, brinca com outras crianças, data de aniversário, etc.). A Subescala C, Audição e Linguagem, avalia a linguagem receptiva e expressiva (ex: nomear objectos e cores, descrever uma imagem, etc.). A Subescala D, Coordenação Olho-Mão, avalia a motricidade fina, a destreza manual e as competências visuo-motoras (ex: cortar com tesoura, copiar figuras geométricas). A Subescala E, Realização, avalia as capacidades visuo-espaciais, incluindo a rapidez de execução e precisão (ex: encaixes de figuras geométricas, construção de padrões com cubos, etc.). Por fim, a Subescala F, Raciocínio Prático, avalia a capacidade da criança resolver problemas práticos, ordenar sequências e memorizar informação imediata (ex: dias da semana, memória de dígitos).

A sua administração requer entre 60 a 90 minutos e permite obter resultados, globais e para cada uma das áreas avaliadas pelas subescalas, de Quociente de Desenvolvimento (QD) e Idade Mental (IM).

##### 5. Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Terceira Edição (WISC-III)

A WISC-III (Wechsler, 2003) é um instrumento de avaliação cognitiva de administração individual, que avalia a inteligência de sujeitos com idades compreendidas entre os 6 anos e os 16 anos e 11 meses. Esta escala permite obter um quociente de inteligência global (QI Escala Completa), que avalia o nível

geral do funcionamento intelectual, bem como um quociente de inteligência verbal (QI Verbal) e um quociente de inteligência de realização (QI de Realização). O QI Verbal avalia os processos verbais e de conhecimento adquirido e o QI de Realização a organização perceptual, capacidade de manipular estímulos visuais com rapidez e velocidade e outros processos não verbais.

#### 6. Escala de Comportamento Adaptativo Vineland

A Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984) consiste numa entrevista semi-estruturada realizada aos pais ou cuidadores da criança ou adolescente com autismo. Avalia o nível de comportamento adaptativo, entendido como o conjunto de competências cognitivas e sociais adquiridas pela pessoa para corresponder às exigências da vida quotidiana. A sua aplicação requer entre 30 a 60 minutos, variando significativamente de acordo com a idade e nível funcional do sujeito avaliado, sendo aplicada desde o nascimento aos 18 anos. É composta por cinco sub-áreas: comunicação (receptiva, expressiva e escrita), autonomia (pessoal, doméstica e social), socialização (relações interpessoais, jogos/lazer e regras sociais), motricidade (global e fina) e comportamento mal-adaptativo. O comportamento adaptativo composto, traduzido em resultado padronizado (cotação padrão), idade mental e desvio-padrão em relação à média, refere-se ao nível funcional global e traduz o nível global de desempenho do sujeito. A escala permite ainda obter estas medidas - resultado padronizado (cotação padrão), idade mental e desvio-padrão em relação à média - para as sub-escalas comunicação, autonomia, socialização e motricidade.



## 7. TEACCH Transition Assessment Profile (TTAP)

O TTAP (Mesibov, Thomas, Chapman & Schopler, 2007) é uma revisão do *The Adolescent and Adult Psychoeducational Profile* (AAPEP) construído por Gary Mesibov, Eric Schopler, Bruce Schaeffer e Rhoda Landrus em 1988 com o objectivo de colmatar a escassez de instrumentos orientados para o planeamento da transição para a vida pós-escolar dos jovens com autismo.

Deste modo, o TTAP é, tal como o AAPEP, um instrumento estruturado que avalia o desempenho funcional do sujeito em áreas consideradas críticas ao sucesso do jovem ou adulto com autismo no que diz respeito ao seu funcionamento autónomo em casa e na comunidade.

Sendo composto por um total de 216 itens divididos por três subescalas – Escala de Observação Directa, Escala Casa e Escala Escola/Emprego – pretende reunir informação relativa às aptidões funcionais, actuais e potenciais, do indivíduo nos seus principais contextos de vida. As subescalas que compõem o instrumento são aplicadas separadamente. Assim, a Escala de Observação Directa engloba um conjunto de 72 itens administrados individualmente por um psicólogo, professor ou outro profissional devidamente formado e requer 60 a 90 minutos, variando de acordo com o nível funcional do sujeito avaliado. A Escala Casa é aplicada na forma de entrevista aos pais ou cuidadores do jovem/adulto avaliado, e a sua administração requer aproximadamente 60 minutos. Por sua vez, a Escala Escola/Emprego consiste numa entrevista estruturada a um(a) professor(a), no caso de o jovem/adulto frequentar um estabelecimento de ensino ou um supervisor ou empregador, no caso de se encontrar empregado.

Cada subescala é composta por seis áreas funcionais, com o objectivo de avaliar a mestria de um conjunto de competências consideradas essenciais para uma bem sucedida integração comunitária e socio-profissional: 1) Competências Vocacionais; 2) Comportamento Vocacional; 3) Autonomia Pessoal e Social; 4) Actividades de Lazer; 5) Comunicação Funcional e 6) Comportamento Interpessoal. Todos os itens que constituem a escala são classificados como *adquirido* se o sujeito é bem sucedido no completamento da tarefa sem necessitar de ajuda ou demonstrações; *emergente* se o sujeito revela algum conhecimento da tarefa mas não a consegue completar sem recorrer a ajuda ou demonstrações; e *não adquirido* quando o sujeito não consegue completar a tarefa mesmo após esta lhe ter sido demonstrada ou lhe ter sido prestada assistência.

## IV – Apresentação dos resultados

A presente dissertação de mestrado, tal como já foi referido, trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal sendo que, para proceder ao tratamento dos dados recolhidos, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Proceder-se-á, de seguida, à apresentação e análise da informação obtida a partir do tratamento dos dados. Neste âmbito, recorreu-se à estatística descritiva, para uma melhor compreensão dos resultados, e à estatística inferencial com o intuito de comparar e analisar as relações que poderão existir entre as variáveis em questão.

Relativamente à estatística descritiva, foram utilizadas frequências absolutas, percentagens e medidas descritivas básicas: médias e desvios padrão. Na estatística inferencial recorreu-se a testes paramétricos.

Os testes paramétricos foram utilizados uma vez que, na comparação de duas ou mais populações, os pressupostos de normalidade das variáveis e igualdade das variâncias populacionais foram satisfeitos (Pestana & Gageiro, 2003; Maroco, 2007).

Para se testar a normalidade, foi utilizado o teste de Kolgomorov-Smirnov (Pestana & Gageiro, 2003; Maroco, 2007). No que diz respeito à homogeneidade das variâncias, esta foi testada através do teste de Levene (Pestana & Gageiro, 2003; Maroco, 2007).

### 4.1) Análise descritiva dos itens

A análise individual de cada um dos itens, nomeadamente da percentagem de competências classificadas como *adquiridas* e

*não adquiridas*, permitiu identificar um conjunto de 'ítems críticos', por se referirem a competências não adquiridas por um número significativo dos sujeitos que compõem a amostra.

No contexto da avaliação por observação directa, na área funcional das competências vocacionais, o item 'Organiza os cartões por ordem alfabética' apresenta uma taxa de insucesso de 42,6%. Por sua vez, o item 'Organiza os cartões do ficheiro', que requer a compreensão de uma sequência numérica e a sua organização por ordem crescente, é correctamente executado por apenas 29,8% dos sujeitos avaliados, sendo que 51,1% de sujeitos obtiveram a classificação de *não adquirido*. Ainda nesta área, o item 'Mede objectos com uma régua' não se encontra adquirido por 42,6% dos sujeitos.

Na área da autonomia pessoal e social, os itens 'Sabe ver as horas', 'Utiliza dinheiro' e 'Preenche a folha de registo de cheques', não foram superados por, respectivamente, 40,4%, 61,7% e 72,3% dos sujeitos. Na área de actividades de lazer o item 'Planeia uma actividade recreativa' foi considerado adquirido em apenas 17% das avaliações, com 53,2% dos sujeitos a não concluir a mesma. Na mesma área, 51,1% dos sujeitos não superaram o item 'Calcula a quantia monetária necessária para a actividade recreativa'.

Ainda na avaliação por observação directa, e na área da comunicação funcional, o item 'Atende telefonema e regista recado' foi concluído por 14,9% de sujeitos (em 51,1% das avaliações a competência foi classificada como *não adquirida*).

No contexto da avaliação por observação da família, na área da autonomia pessoal e social, os itens 'Faz a sua higiene íntima quando menstruada (para as raparigas) ou Barbeia-se (para os rapazes)', 'Cozinha de modo autónomo', 'Vai às compras sozinho' e 'Utiliza meios de transporte' não foram superados por, respectivamente, 42,6%, 61,7%, 57,4% e

72,3% dos sujeitos. Ainda na mesma área, o item ‘Tem noção do perigo (evita actividade ou área potencialmente perigosa)’ foi avaliado como *não adquirido* em 40,4% dos sujeitos. Na área do comportamento interpessoal 59,6% dos sujeitos obtiveram a avaliação de *não adquirido* no item ‘Revela comportamento adequado (família)’, referente ao contexto familiar, e 53,2% obtiveram a mesma avaliação no item ‘Revela comportamento adequado (estranhos)’, referente ao comportamento do sujeito com pessoas que não lhe sejam familiares.

#### 4.2 Perfil de desempenho funcional global

A caracterização do perfil de desempenho funcional obtido pelos sujeitos que compõem a amostra foi realizada recorrendo a medidas descritivas para os resultados globais obtidos no TTAP, para os resultados obtidos por área funcional e para os resultados obtidos por contexto de avaliação.

No que diz respeito aos resultados globais, avaliou-se a média, o desvio-padrão, o valor mínimo e máximo e as percentagens dos resultados obtido pelos 47 sujeitos no TTAP, de acordo com o grau de mestria da tarefa (*adquirido*, *emergente* e *não adquirido*) (cf. Tabela 10).

**Tabela 10. Medidas descritivas referentes aos resultados globais**

Totais	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	%
Adquirido	47	13	140	80,19	35,906	55,7
Emergente	47	3	69	33,23	13,666	23,1
Não Adquirido	47	1	105	30,55	29,412	21,2

Os resultados apresentados permitem concluir que 55.7% dos itens que compõem o TTAP encontram-se adquiridos pelos sujeitos da amostra, representando uma média de 80,19 de itens adquiridos no universo de 144 que compõem a sub-

escala de observação directa e a sub-escala de contexto familiar.

A dispersão de resultados realça a existência de níveis de desempenho bastante díspares, com os resultados obtidos pelos sujeitos a variar entre 1 e 105 no que diz respeito às competências não adquiridas.

#### 4.3 Perfil de desempenho funcional por contexto de avaliação

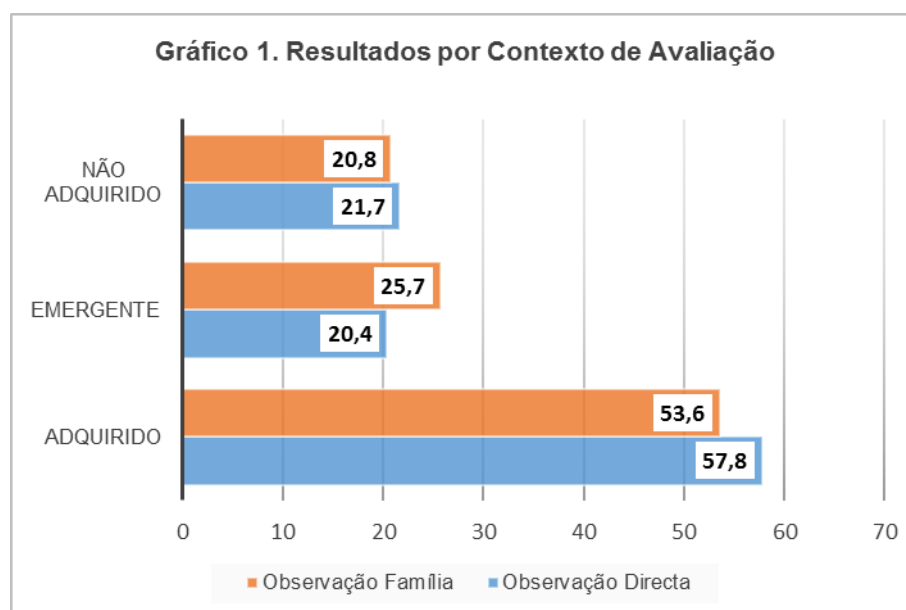
Relativamente aos resultados por contexto de avaliação, foram analisadas as medidas descritivas anteriormente utilizadas no que diz respeito aos resultados obtido pelos 47 sujeitos no contexto de observação directa e no contexto familiar (cf. Tabela 11). O contexto de avaliação referente à escola não foi analisado pelo motivo já explicitado.

**Tabela 11. Medidas descritivas referentes aos resultados por contexto de avaliação**

Contextos	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	%
<b>Observação</b>						
Adquirido	47	4	72	41,62	20,307	57,8
Emergente	47	0	38	14,72	7,759	20,4
Não Adquirido	47	0	56	15,62	16,748	21,7
<b>Casa</b>						
Adquirido	47	6	68	38,57	16,195	53,6
Emergente	47	3	39	18,51	7,342	25,7
Não Adquirido	47	1	51	14,94	13,029	20,8

Analisando os dados, é possível constatar que os sujeitos apresentam resultados semelhantes nos diferentes contextos de avaliação, apesar de estes se revelarem ligeiramente superiores no contexto de observação directa, tal como se pode observar no Gráfico 1.

Os resultados mantêm-se muito díspares sugerindo, mais uma vez, uma grande dispersão intersujeitos no que diz respeito aos seus níveis de desempenho.



Para verificar se as diferenças entre as médias dos resultados obtidos pelos sujeitos nos dois contextos de avaliação, no que diz respeito às competências consideradas *adquiridas*, são significativas, aplicou-se o teste t de Student entre pares. Os resultados permitiram verificar que estas são, de facto, estatisticamente significativas [ $t = 2,691$ ;  $p = ,010$ ].

#### 4.4 Perfil de desempenho funcional por área funcional

Relativamente às áreas funcionais avaliadas, foram analisadas as mesmas medidas descritivas na análise dos resultados obtidos pelos sujeitos nas seis áreas funcionais que compõem a escala – Competências Vocacionais (CV), Comportamento Vocacional (CoV), Autonomia Pessoal e Social (APS), Actividades de Lazer (AL), Comunicação Funcional (CF) e Comunicação Interpessoal (CI) (cf. Tabela 12).

**Tabela 12. Medidas descritivas referentes aos resultados por área funcional**

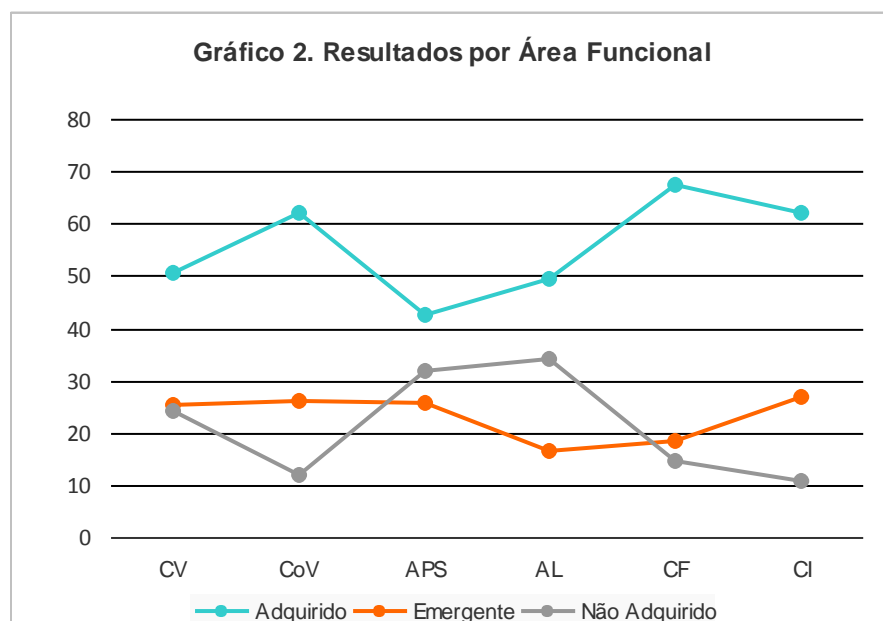
Área Funcional	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	%
CV						
Adquirido	47	0	24	12,15	8,148	50,6

Emergente	47	0	13	6,06	3,644	25,3
Não Adquirido	47	0	24	5,77	7,431	24,0
COV						
Adquirido	47	3	24	14,85	5,801	61,9
Emergente	47	0	14	6,26	3,504	26,1
Não Adquirido	47	0	14	2,89	4,415	12,0
APS						
Adquirido	47	0	23	10,21	6,276	42,5
Emergente	47	1	12	6,13	2,203	25,5
Não Adquirido	47	0	21	7,66	6,492	31,9
Adquirido	47	0	23	11,83	6,920	49,3
Emergente	47	0	11	3,98	2,541	16,6
Não Adquirido	47	0	22	8,19	5,792	34,1
CF						
Adquirido	47	3	24	16,19	5,762	67,5
Emergente	47	0	14	4,36	2,870	18,2
Não Adquirido	47	0	15	3,45	4,605	14,4
CI						
Adquirido	47	6	24	14,91	5,179	62,1
Emergente	47	0	16	6,45	4,267	26,9
Não Adquirido	47	0	12	2,60	2,508	10,8

A análise dos resultados obtidos pelos sujeitos nas seis áreas funcionais, permite verificar que as áreas em que estes revelam níveis mais elevados de mestria são a comunicação funcional (67,5%), o comportamento interpessoal (62,1%) e o comportamento vocacional (62%). A autonomia pessoal e social é, por sua vez, a área em que se verificam níveis mais deficitários de desempenho.

Nas áreas da autonomia pessoal e social e das actividades de lazer os jovens avaliados apresentam um maior número de competências não adquiridas do que competências já emergentes, ao contrário do que acontece nas outras áreas (cf. Gráfico 2).





Para verificar se as diferenças entre as médias dos resultados obtidos nas seis áreas funcionais são estatisticamente significativas, aplicou-se o teste t de Student entre pares. Assim, analisou-se as médias dos resultados, no que diz respeito às competências adquiridas (cf. Tabela 13).

**Tabela 13. Comparação entre pares das médias obtidas pelos sujeitos nas seis áreas funcionais: resultados do teste t de Student**

Áreas Funcionais Pares	N	t	P
CV – CoV	47	-4,010	,000
CV – APS	47	3,386	,001
CV – AL	47	,596	,554
CV – CF	47	-6,351	,000
CV – CI	4	-3,379	,001
CoV-APS	47	11,051	,000
CoV – AL	47	6,379	,000
CoV – CF	47	-3,492	,001
CoV – CI	47	-,133	,895
APS – AL	47	-4,277	,000
APS – CF	47	-13,713	,000
APS – CI	47	-9,033	,000
AL – CF	47	-11,287	,000
AL – CI	47	-5,370	,000
CF - CI	47	2,763	,008

Os dados apresentados na tabela 13 permitem confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a grande maioria dos pares de áreas funcionais analisados. São exceções o par CV – AL, cujos resultados não apresentam diferenças estatisticamente significativas [ $t = -6,351$   $p = ,554$ ] e o par CoV – CI [ $t = -,133$   $p = ,895$ ].

#### 4.5 Desempenho funcional e idade

Para se testar a hipótese 1, *Há relação directa entre os resultados (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) obtidos pelos sujeitos e a idade dos mesmos*, aplicou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson que se destina a verificar se os dois conjuntos de dados experimentais se encontram associados e a avaliar objectivamente qual o grau e significância estatística de tal relação.

Os dados permitiram concluir que não existe uma correlação significativa entre as variáveis – resultados e idade – quer na sua análise global [ $r = ,077$ ,  $p = ,609$ ] quer nas realizadas por contexto de avaliação e por área funcional (cf. Tabela 14).

**Tabela 14. Relação entre a idade e os resultados obtidos por contexto de avaliação e área funcional: resultados do teste Coeficiente de Correlação de Pearson**

	N	r	P
<b>Contextos Avaliação</b>			
OD	47	,052	,731
OP	47	,105	,482
<b>Áreas Funcionais</b>			
CV	4	,070	,640
CoV	47	,174	,241
APS	47	,051	,732
AL	47	,054	,720
CF	47	,097	,515
CI	47	-,015	,920

Assim, os resultados obtidos pelos sujeitos não se encontram associados à idade que apresentavam à data de aplicação. A

hipótese 1 é, assim, refutada, visto que não existe uma associação entre os resultados obtidos e a idade do sujeito avaliado.

#### 4.6 Desempenho funcional e o género

Com o objectivo de testar a hipótese 2, *Não existe relação directa entre os resultados (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) obtidos pelos sujeitos e o género*, foi aplicado o Coeficiente de Correlação de Ponto Bisserial. Os resultados permitiram constatar que existe uma correlação significativa entre o género e 1) os resultados globais [ $r = ,509$ ,  $p = ,000$ ] 2) os resultados por contexto de avaliação [OD  $r = ,492$ ,  $p = ,000$ ; OP  $r = ,511$ ,  $p = ,000$ ] e 3) os resultados na área de competências vocacionais [ $r = ,495$ ,  $p = ,000$ ], na área do comportamento vocacional [ $r = ,478$ ,  $p = ,001$ ], na área da autonomia pessoal e social [ $r = ,539$ ,  $p = ,000$ ], na área da actividades de lazer [ $r = ,527$ ,  $p = ,000$ ] e na área da comunicação funcional [ $r = ,456$ ,  $p = ,001$ ]. Os resultados na área da comunicação interpessoal, por sua vez, não estão associados ao género [ $r = ,343$ ,  $p = ,018$ ].

A hipótese 2 é, assim, refutada, visto que existe uma associação entre os resultados obtidos e o género do sujeito avaliado, sendo que as raparigas tendem a apresentar um melhor desempenho funcional.

#### 4.7 Desempenho funcional e subtipo clínico

Para testar a hipótese 3, *Há uma diferença estatisticamente significativa entre os resultados (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) obtidos pelos sujeitos com diagnóstico de autismo clássico e os sujeitos com diagnóstico de autismo atípico*, aplicou-se o teste t de Student para

amostras independentes. Os resultados apresentados nas tabelas seguintes (cf. Tabela 15, 16 e 17) permitem constatar que os resultados dos sujeitos divergem de acordo com o subtipo clínico (autismo clássico ou autismo atípico). O grupo diagnosticado com autismo atípico apresenta um desempenho funcional superior ao grupo diagnosticado com autismo clássico, sendo que, tal como para todas as outras variáveis, o desempenho funcional foi inferido pelos resultados do sujeito em termos de competências classificadas como *adquiridas*. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas nos resultados globais, nos resultados por contexto de avaliação e nos resultados por áreas funcionais, com excepção da área de comunicação funcional na qual, apesar de os sujeitos com autismo atípico apresentarem uma média superior aos sujeitos com autismo clássico as diferenças entre as médias não são estatisticamente significativas.

**Tabela 15. Comparação entre as médias globais obtidas pelo grupo com autismo clássico e pelo grupo com autismo atípico: resultados do teste t de Student**

Subtipo clínico	N	M	DP	%	t	P
Autismo Clássico	37	73,78	34,197	50,7	-2,482	,017
Autismo Atípico	10	103,90	33,441	72,2		

Tal como já foi referido, os dados apresentados na tabela 13 permitem confirmar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos resultados globais obtidos pelos dois grupos [ $t = -2,482$ ;  $p = ,017$ ].

**Tabela 16. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo com autismo típico e pelo grupo com autismo clássico por contexto de avaliação: resultados do teste t de Student**

	Subtipo clínico	N	M	DP	%	t	P
OD <sup>4</sup>	AC <sup>5</sup>	37	37,81	19,516	52,5	-2,804	,013

<sup>4</sup> Observação Directa

<sup>5</sup> Autismo Clássico

	AA <sup>6</sup>	10	55,70	17,442	77,4		
OP <sup>7</sup>	AC	37	35,97	15,358	50,0	-2,205	,033
	AA	10	48,20	16,322	66,9		

No contexto de avaliação por observação directa as diferenças entre as médias dos grupos são igualmente estatisticamente significativas [ $t = -2,804$ ;  $p = ,013$ ], assim como no contexto de avaliação por observação dos pais [ $t = -2,205$ ;  $p = ,033$ ].

**Tabela 17. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo com autismo clássico e pelo grupo com autismo atípico por áreas funcionais: resultados do teste t de Student**

	Subtipo	N	M	DP	%	t	P
	clínico						
CV	AC	37	10,76	7,998	44,8	-2,363	,023
	AA	10	17,30	6,783	72,0		
CoV	AC	37	13,89	5,587	57,9	-2,278	,028
	AA	10	18,40	5,420	76,7		
APS	AC	37	8,70	5,562	36,3	-3,551	,001
	AA	10	15,80	5,789	65,8		
AL	AC	37	10,70	6,603	44,6	-2,240	,030
	AA	10	16,00	6,766	66,7		
CF	AC	37	15,62	5,693	65,0	-1,314	,195
	AA	10	18,30	5,813	76,3		
CI	AC	37	14,08	4,810	58,7	-2,211	,032
	AA	10	18,00	5,578	75,0		

Na análise da diferença entre as médias por área funcional, a área da comunicação funcional é a única na qual as diferenças entre os resultados obtidos por ambos os grupos não são estatisticamente significativas. Tendo em conta os resultados obtidos nesta área, a hipótese 3 é inferida.

#### 4.8 Desempenho funcional e a severidade de autismo

Com o objectivo de testar a hipótese 4, *Há relação inversa entre os resultados (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) obtidos pelos sujeitos e a severidade de autismo,*

<sup>6</sup> Autismo Atípico

<sup>7</sup> Observação Pais

aplicou-se o teste t de Student para amostras independentes. A severidade de autismo foi inferida dos resultados quantitativos, e respectiva classificação qualitativa (não autismo e autismo ligeiro a moderado), obtidos pelos sujeitos na CARS. Os sujeitos com resultados de 'autismo severo' não foram considerados na análise.

Os dados obtidos são apresentados de seguida (cf. Tabela 18, 19 e 20).

**Tabela 18. Comparação entre as médias globais obtidas pelo grupo 'não autismo' e pelo grupo 'autismo ligeiro a moderado': resultados do teste t de Student**

Severidade	N	M	DP	%	T	P
Não Autismo	8	102,75	13,709	71,4	2,069	,049
Autismo Ligeiro a Moderado	20	84,85	32,040	58,9		

Tal como a análise dos dados contidos na tabela 16 permite constatar, existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos resultados globais obtidos pelos dois grupos [ $t = 2,069$ ;  $p = ,049$ ], sendo que o grupo classificado como 'não autismo' apresenta melhores resultados em termos de desempenho funcional.

**Tabela 19. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo 'não autismo' e pelo grupo com 'autismo ligeiro a moderado' por contexto de avaliação: resultados do teste t de Student**

	Severidade	N	M	DP	%	t	P
OD	NA <sup>8</sup>	8	54,75	9,036	76,0	1,946	,063
	ALM <sup>9</sup>	20	44,40	19,011	61,7		
OP	NA	8	48,00	6,503	66,7	1,948	,063
	ALM	20	40,45	13,957	56,2		

No contexto de avaliação por observação directa os sujeitos classificados como 'não autismo' na CARS obtêm melhores

<sup>8</sup> Não Autismo

<sup>9</sup> Autismo Ligeiro a Moderado

resultados do que os sujeitos classificados como ‘autismo ligeiro a moderado’, no entanto as diferenças entre as médias dos grupos não são igualmente estatisticamente significativas [ $t = 1,946$ ;  $p = ,063$ ]. No contexto de avaliação por observação dos pais observam-se resultados semelhantes [ $t = 1,948$ ;  $p = ,063$ ].

**Tabela 20. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo ‘não autismo’ e pelo grupo ‘autismo ligeiro a moderado’ por áreas funcionais: resultados do teste t de Student**

	Severidade	N	M	DP	%	T	P
CV	NA	8	17,63	3,777	73,5	1,793	,085
	ALM	20	13,20	6,510	55,0		
CoV	NA	8	17,75	2,964	74,0	1,163	,255
	ALM	20	15,40	5,355	64,2		
APS	NA	8	13,75	3,412	52,3	1,121	,273
	ALM	20	11,20	6,014	46,7		
AL	NA	8	17,00	3,665	70,9	1,780	,087
	ALM	20	12,80	6,212	53,3		
CF	NA	8	19,25	2,053	80,2	1,455	,158
	ALM	20	17,25	5,220	71,9		
CI	NA	8	17,25	4,097	71,9	1,215	,218
	ALM	20	14,95	4,673	62,3		

Relativamente à diferença entre as médias por área funcional, tal como nos resultados obtidos na análise por contexto de avaliação, apesar de os sujeitos classificados como ‘não autismo’ apresentarem médias de desempenho mais elevadas, as diferenças entre os resultados obtidos pelos dois grupos não são estatisticamente significativas.

A hipótese 4 é, no entanto, confirmada uma vez que os dados sugerem uma relação inversa entre os resultados obtidos e a severidade de autismo.

#### 4.9 Desempenho funcional e comportamento adaptativo

A hipótese 5, *Há relação directa entre os resultados (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) obtidos pelos*

*sujeitos e o nível de comportamento adaptativo*, foi testada com o teste t de Student para amostras independentes. O nível de comportamento adaptativo foi deduzido dos resultados dos sujeitos na Escala de Comportamento Adaptativo Vineland. Assim, foi considerado ‘dentro da média’ os resultados globais dentro da média ou apenas um desvio padrão abaixo da média e ‘abaixo da média’ os resultados que se encontram dois ou três desvio-padrão abaixo da média. Sujeitos com resultados abaixo de quatro desvio padrão não foram considerados na análise uma vez que se considerou que os seus resultados são tão desviantes em relação à média que poderiam contaminar a amostra.

De seguida, são apresentados os dados resultantes da análise (cf. Tabela 21, 22 e 23).

**Tabela 21. Comparação entre as médias globais obtidas pelo grupo com comportamento adaptativo dentro da média e pelo grupo com comportamento adaptativo abaixo da média: resultados do teste t de Student**

Comportamento	N	M	DP	%	t	P
Adaptativo						
Média	8	106,88	32,813	74,2	1,119	,272
< Média	25	96,16	20,095	66,7		

De acordo com os resultados obtidos na comparação entre as médias globais obtidas pelo grupo com comportamento adaptativo dentro da média e pelo grupo com comportamento adaptativo abaixo da média, o grupo com comportamento adaptativo dentro da média apresenta, em termos globais, um melhor desempenho funcional. As diferenças entre as médias dos dois grupos não são, no entanto, estatisticamente significativas [ $t = 1,119$ ;  $p = ,272$ ].



**Tabela 22. Comparação entre as médias globais obtidas pelo grupo com comportamento adaptativo dentro da média e pelo grupo com comportamento adaptativo abaixo da média por contexto de avaliação: resultados do teste t de Student**

Comportamento Adaptativo		N	M	DP	%	t	P
OD	M <sup>10</sup>	8	56,63	18,670	78,7	1,075	,291
	<M <sup>11</sup>	25	50,60	12,007	70,3		
OP	M	8	50,25	14,830	69,8	1,074	,291
	<M	25	45,56	9,233	63,3		

Na comparação das médias tendo em conta o contexto de avaliação os resultados são semelhantes, com os sujeitos com comportamento adaptativo dentro da média a alcançarem médias superiores, mas não estatisticamente significativas, no contexto de observação directa [ $t = 1,075$ ;  $p = ,291$ ] e no contexto de avaliação por observação dos pais [ $t = 1,074$ ;  $p = ,291$ ].

**Tabela 23. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo com comportamento adaptativo dentro da média e pelo grupo com comportamento adaptativo abaixo da média por área funcional: resultados do teste t de Student**

Comportamento Adaptativo		N	M	DP	%	t	P
CV	M	8	17,38	6,968	72,4	,619	,540
	<M	25	16,00	4,941	66,7		
CoV	M	8	19,00	5,976	79,2	1,066	,295
	<M	25	17,12	3,734	71,3		
APS	M	8	15,13	5,222	63,0	1,268	,214
	<M	25	12,76	4,390	53,2		
AL	M	8	16,75	5,523	69,8	,946	,351
	<M	25	14,96	4,373	62,3		
CF	M	8	20,00	5,880	83,3	,820	,418
	<M	25	18,80	2,582	78,3		
CI	M	8	18,63	5,290	77,6	1,272	,213
	<M	25	16,44	3,863	68,5		

<sup>10</sup> Dentro a média

<sup>11</sup> Abaixo da média

No que diz respeito à diferença entre as médias por área funcional, mais uma vez, apesar de o grupo de sujeitos com comportamento adaptativo dentro da média obterem resultados mais elevados, as diferenças entre as médias dos dois grupos não são estatisticamente significativas.

A hipótese 5 é, no entanto, confirmada dado que os sujeitos com um nível de comportamento adaptativo superior obtiveram melhores resultados globais, e na comparação por contexto de avaliação e por área funcional.

#### 4.10 Desempenho funcional e nível cognitivo

A hipótese 6, *Há relação directa entre os resultados (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) obtidos pelos sujeitos e o grau de défice cognitivo*, foi igualmente testada com o teste t de Student para amostras independentes. Os sujeitos foram divididos em dois grupos: grupo sem défice cognitivo ( $QD/QI > 70$ ) e grupo com défice cognitivo ( $QD/QI < 70$ ).

Apresentam-se de seguida os dados resultantes da análise (cf. Tabela 24, 25 e 26).

**Tabela 24. Comparação entre as médias globais obtidas pelo grupo com défice cognitivo e pelo grupo sem défice cognitivo: resultados do teste t de Student**

Défice Cognitivo	N	M	DP	%	T	P
Com DC	25	64,76	35,035	45,0	-5,027	,000
Sem DC	20	104,90	17,118	72,8		

De acordo com os resultados obtidos na comparação entre as médias globais obtidas pelo grupo com défice cognitivo e pelo grupo sem défice cognitivo, o nível cognitivo do sujeito influencia o seu desempenho funcional, sendo que o grupo sem défice cognitivo apresenta, em termos globais, um melhor

desempenho. As diferenças entre as médias dos dois grupos são estatisticamente significativas [ $t = -5,027$ ;  $p = ,000$ ].

**Tabela 25. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo com défice cognitivo e pelo grupo sem défice cognitivo por contexto de avaliação: resultados do teste t de Student**

	Défice Cognitivo	N	M	DP	%	t	P
OD	Com DC	25	32,96	19,863	45,8	-4,875	,000
	Sem DC	20	55,40	10,399	76,9		
OP	Com DC	25	31,80	15,872	44,2	-4,890	,000
	Sem DC	20	49,50	7,776	68,8		

No que diz respeito à análise por contexto de avaliação os resultados são semelhantes, com os sujeitos sem défice cognitivo a alcançarem médias superiores, com diferenças estatisticamente significativas, no contexto de observação directa [ $t = -4,875$ ;  $p = ,000$ ] e no contexto de avaliação por observação dos pais [ $t = -4,890$ ;  $p = ,000$ ].

**Tabela 26. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo com défice cognitivo e pelo grupo sem défice cognitivo por área funcional: resultados do teste t de Student**

	Défice Cognitivo	N	M	DP	%	T	P
CV	S	25	8,36	7,847	34,8	-5,600	,000
	N	20	18,10	3,354	75,4		
CoV	S	25	12,96	6,072	54,0	-3,419	,001
	N	20	17,95	3,620	74,8		
APS	S	25	7,40	5,416	30,8	-4,889	,000
	N	20	14,65	4,271	61,0		
AL	S	25	8,72	6,328	36,3	-5,199	,000
	N	20	16,75	3,959	69,8		
CF	S	25	14,00	6,042	58,3	-4,401	,000
	N	20	19,75	2,221	82,3		
CI	S	25	13,32	5,064	55,5	-3,071	,004
	N	20	17,60	4,057	73,3		

Relativamente à comparação entre as médias por área funcional, mais uma vez, as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, com o grupo de sujeitos sem défice cognitivo a obter resultados mais elevados.

A hipótese 6 é, portanto, confirmada uma vez que os sujeitos sem déficit cognitivo obtêm melhores resultados quer globais, quer por contexto de avaliação e por área funcional.

#### 4.11 Desempenho funcional e linguagem

Para testar a hipótese 7, *Há relação inversa entre os resultados (globais, por área funcional e por contexto de avaliação) obtidos pelos sujeitos e a idade de aquisição da linguagem*, aplicou-se o teste t de Student para amostras independentes. Foi considerado como *idade de aquisição da linguagem* a idade em que os sujeitos adquiriram frases simples. Com base neste critério os sujeitos foram divididos em dois grupos: um grupo composto pelos sujeitos que adquiriram frases simples entre os 0 e os 3 anos e outro grupo constituído pelos sujeitos que iniciaram a linguagem entre os 3 e os 5 anos. Alguns sujeitos foram excluídos da análise por não existir informação clara relativa a este marco do desenvolvimento ou por nunca terem desenvolvido linguagem verbal.

Nas tabelas 27, 28 e 29 são apresentados os dados que resultaram da análise.

**Tabela 27. Comparação entre as médias globais obtidas pelo grupo com aquisição de linguagem entre os 0 e os 3 anos e pelo grupo com aquisição de linguagem entre os 3 e os 5 anos: resultados do teste t de Student**

Aquisição Linguagem	N	M	DP	%	t	P
0 – 3	5	114,00	9,823	79,2	1,446	,159
3 - 5	26	96,46	26,455	67,0		

De acordo com a informação que consta da tabela 27 o grupo de sujeitos com aquisição de linguagem entre os 0 e os 3 anos revelam, em termos globais, um melhor desempenho funcional. As diferenças entre as médias dos dois grupos não são, no entanto, estatisticamente significativas [ $t = 1,446$ ;  $p = ,159$ ].

**Tabela 28. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo com aquisição de linguagem entre os 0 e os 3 anos e pelo grupo com aquisição de linguagem entre os 3 e os 5 anos por contexto de avaliação: resultados do teste t de Student**

	Aquisição Linguagem	N	M	DP	%	t	P
OD	0 – 3	5	61,20	5,263	85,0	1,482	,149
	3 – 5	26	51,19	14,740	35,5		
OP	0 – 3	5	52,80	5,630	73,3	1,299	,204
	3 – 5	26	45,27	12,584	62,9		

Na comparação das médias tendo em conta o contexto de avaliação os resultados são semelhantes, com os sujeitos com mais precoce idade de aquisição de linguagem a alcançarem médias superiores, mas não estatisticamente significativas, quer no contexto de observação directa [ $t = 1,482$ ;  $p = ,149$ ] quer no contexto de avaliação por observação dos pais [ $t = 1,299$ ;  $p = ,204$ ].

**Tabela 29. Comparação entre as médias obtidas pelo grupo com aquisição de linguagem entre os 0 e os 3 anos e pelo grupo com aquisição de linguagem entre os 3 e os 5 anos por área funcional: resultados do teste t de Student**

	Aquisição Linguagem	N	M	DP	%	t	P
CV	0 – 3	5	18,60	3,050	77,5	,958	,346
	3 – 5	26	15,62	6,759	65,1		
CoV	0 – 3	5	19,60	1,673	81,7	1,940	,068
	3 – 5	26	17,31	4,663	72,1		
APS	0 – 3	5	17,00	1,414	70,8	3,562	,001
	3 – 5	26	12,65	5,321	52,7		
AL	0 – 3	5	19,40	3,130	80,8	1,995	,055
	3 – 5	26	14,62	5,139	60,9		
CF	0 – 3	5	20,60	2,074	85,8	,952	,349
	3 – 5	26	19,12	3,339	79,7		
CI	0 – 3	5	18,60	5,320	77,5	,709	,484
	3 – 5	26	17,12	4,102	71,3		

No que diz respeito à diferença entre as médias por área funcional, apesar de o grupo com aquisição de linguagem entre os 3 e os 5 anos obterem resultados mais elevados em todas as

áreas funcionais, as diferenças entre as médias dos dois grupos apenas são estatisticamente significativas na área da autonomia pessoal e social [ $t = 1,299$ ;  $p = ,204$ ].

A hipótese 7 é, no entanto, confirmada dado que se conclui que existe uma relação inversa entre os resultados obtidos e a idade de aquisição da linguagem, com os sujeitos que iniciaram a linguagem mais precocemente a obterem sistematicamente melhores resultados em termos de desempenho funcional.

## **V – Conclusões e Discussão**

A análise dos resultados obtidos neste estudo sugerem que o nível cognitivo e o subtipo clínico de autismo diagnosticado se constituem como as variáveis que mais significativamente condicionam e influenciam o nível de desempenho funcional do jovem e adulto com autismo. Assim sendo, o comportamento adaptativo do indivíduo com autismo será tão comprometido pelo grau em que as características associadas à perturbação em si se encontram presentes como pelo grau de défice cognitivo. As dificuldades sociais e linguísticas, bem como o comportamento rígido, bizarro e frequentemente disfuncional, normalmente entendidas enquanto obstáculos à integração do adulto com autismo parecem assumir um papel tão importante como a comum comorbilidade com défice cognitivo.

A este respeito verificou-se que os resultados obtidos pelos sujeitos com défice cognitivo foram significativamente inferiores aos dos sujeitos sem dificuldades cognitivas, com os primeiros a obter uma taxa de sucesso de apenas 45%, dados que suportam a posição dos autores do TTAP que o entendem como um instrumento mais adequado à população de autismo com comprometimento cognitivo.

Relativamente às outras variáveis analisadas - idade, género, nível de comportamento adaptativo, severidade de autismo e idade de aquisição da linguagem - os resultados sugerem que sujeitos com nível de desempenho funcional superiores tendem a apresentar um nível de comportamento adaptativo dentro da média, a ser do sexo feminino, a apresentarem um grau de autismo ligeiro e a adquirirem linguagem mais precocemente. Estes dados apesar de carecerem de confirmação em termos de validade estatística, sugerem que o papel desempenhado

por estas variáveis, não surgindo como claramente determinante na amostra estudada, merece incontestavelmente posterior investigação para que possa ser devidamente esclarecido.

Os resultados sugerem ainda que a área de autonomia pessoal e social, que avalia competências directamente relacionadas com a capacidade de funcionar de modo autónomo e auto-suficiente nos vários contextos de vida do indivíduo, é aquela em que os sujeitos apresentam um nível de desempenho mais deficitário. Estes dados parecem ir de encontro à percepção, também presente na prática clínica, de que o autismo se associa frequentemente a dificuldades graves neste domínio, sendo frequente um grau de dependência que é discrepante relativamente, por exemplo, à aptidão académica e cognitiva do indivíduo. Estes resultados vêm assim realçar a premência de, desde cedo, atribuir à criança tarefas e funções específicas, por exemplo auxiliar em tarefas domésticas como sejam a preparação das refeições, a limpeza da casa ou o tratamento da roupa, que promovam o desenvolvimento do sentido de responsabilidade e de outras competências relacionadas com o trabalho, como o cumprir com os seus deveres, completar tarefas num espaço de tempo previamente estipulado, ser persistente ou aprender a aceitar críticas construtivas de uma maneira positiva. Este treino, sendo pertinente para qualquer criança, revela-se particularmente importante para a criança com autismo uma vez que frequentemente a aprendizagem de de tarefas relacionadas com a autonomia, seja pessoal, doméstica ou social, não é realizada de forma intuitiva, como acontece com as crianças sem patologia, requerendo antes um ensino formal e intensivo. Outro dado importante do presente estudo, que se relaciona com esta questão, diz respeito à análises dos denominados 'itens críticos'. Apesar de



alguns destes itens envolverem uma dimensão claramente intelectual, que implicaria uma mais exaustiva avaliação sobre a forma como o comprometimento cognitivo condiciona a sua aquisição, uma grande maioria destes itens diz respeito a competências funcionais que se associam antes à capacidade prática de resolver problemas e situações do dia a dia. Estas aptidões, tal como a capacidade de utilizar meios de transporte, de ir às compras, de atender um telefonema ou de ter alguma noção de perigo, são aptidões, por um lado, de indubitável importância na vida autónoma em comunidade e, por outro, susceptíveis de serem treinadas e formalmente ensinadas. Deste modo, é de decisiva importância avaliar se a presença de défices nestas competências específicas define, de facto, a população com autismo, dado que tal poderá sugerir a não só pertinência como necessidade de desenvolver programas que envolvam o ensino das mesmas. Assim sendo, revelar-se-ia fundamental que não só a família, mas também o sistema educativo assuma o ensino e o treino destas aptidões funcionais vitais na vida doméstica e comunitária do adulto com autismo.

Por fim, os resultados deste estudo sugerem ainda que é no contexto de avaliação por observação directa, e não no contexto familiar, que os sujeitos apresentam um mais satisfatório nível de desempenho funcional. A este respeito seria igualmente pertinente investigação adicional que contribuisse para esclarecer as causas destas diferenças, nomeadamente com o objectivo de compreender se estas se relacionam de alguma forma com alguma indulgência e/ou relutância por parte dos pais na atribuição de tarefas e responsabilidades.

São limites da presente investigação a amostra reduzida de sujeitos e eventual pobre representatividade de algumas das

variáveis, bem como a ausência de dados relativa ao contexto escolar. Neste sentido, seria importante que, em investigações futuras, se procurasse colmatar tais limitações com vista a uma compreensão mais aprofundada da forma como as variáveis analisadas se relacionam com o desempenho funcional do indivíduo com autismo. Seria igualmente pertinente avaliar o papel de outras variáveis, comparando por exemplo sujeitos verbais com sujeitos não verbais, neste desempenho, bem como avaliar não só o desempenho actual, como foi realizado neste estudo, mas também o potencial, através da análise dos itens emergentes.

Por fim, a comparação dos resultados obtidos com resultados quer de outras populações especiais quer da população sem patologia do neurodesenvolvimento é de inquestionável interesse, particularmente o compreender se os indivíduos com autismo se definem também por um perfil de desempenho funcional típico ou se, por outro lado, são as diferenças interindividuais que marcam este perfil.

Sendo que a presente investigação teve como principal objectivo conhecer e compreender o perfil funcional dos jovens com autismo numa população particular (os utentes da Consulta de Autismo da Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo do Hospital Pediátrico de Coimbra) e embora tenha de ser entendida com essa especificidade, pretende-se que marque o início de muitas outras investigações a serem desenvolvidas com o propósito de aprofundar o estudo e a compreensão do desempenho funcional nesta perturbação na população portuguesa.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed.). (J. N. Almeida, Trad.) Lisboa, Portugal: Cimepsi Editores.
- Arick, J., Krug, D., Fullerton, A., Loos, L., Falco, R. (2005). School-based programs. In Volkmar, F., Paul R., Klin, A., Cohen D. (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders: Assessment, interventions, and policy*. Vol. 2, pp. 1003-1028. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Attwood, T. (1998). Asperger's syndrome. London: Jessica Kingsley.
- Baghdadli A. et al. (2006). What happens to children with PDD when they grow up? Prospective follow-up of 219 children from preschool age to mid-childhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 115(5), pp. 403 – 412.
- Billstedt, E., Gillberg, C., Gillberg, C. (2005). Autism after adolescence: Population-based 13 to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 351–360.
- Billstedt E., Gillberg I., Gillberg C. (2007). Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *Child Psychology and Psychiatry*. 11(48), pp. 1102-1110.
- Bolman, W. et al. (2008). Brief report: 25-Year follow-up of a high-functioning autistic child. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(1), 181-183.
- Cameto, R., Levine, P., Wagner, M. (2004). Transition planning for students with disabilities. A Special Topic Report from the National Longitudinal Transition Study–2 (NLTS-2). Menlo Park, CA: SRI International.
- Carr, E., Carlson, J. (1993). Reduction of severe behavior problems in the community using a multicomponent treatment approach. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 157–172.

- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of autism spectrum disorders - autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites. United States, 2008. *MMWR Surveill Summ* 61(3):1-19.
- Cedurland, M., Hagberg, B., Billstedt, E., Gillberg, I., Gillberg, C. (2008). Asperger syndrome and autism: A comparative longitudinal follow-up study more than five years after original diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 72–85.
- Church, C., Alinsanski, S., Amanullah, S. (2000). The social, behavioral, and academic experiences of children with Asperger syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15, 12–20.
- Collier, V., Schall, C. (2003). Adolescence and autism: What you can expect. *Advocate*, 35(4), 20–23.
- deFur, S., Patton, J. (1999). Transition and school-based services: Interdisciplinary perspectives for enhancing the transition process. Austin, TX: PRO-ED.
- DeMyer M., Norton J., Allen J. (1973). Prognosis in autism: A follow-up study. *Journal of Autism and Child Schizophrenia*. 3(3), 199 – 246.
- Farley M. et al. (2009). Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. *Autism Research*. 2(2), pp. 109-118.
- Fecteau S. et al. (2003). Developmental changes of autistic symptoms. *Autism*, 7(3), pp. 255-268.
- Fisher, W., Burd, L., Kerbeshian, J. (1988). Markers for improvement in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Mental Deficiency Research*, 32(5), pp. 357-369.
- Fountain C., Winter A., Bearman P. (2012). Six developmental trajectories characterize children with autism. *Pediatrics*.
- Freeman, B. et al. (1991). The stability of cognitive and behavioral parameters in autism: A twelve-year prospective study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 30, pp. 479-482.
- Frith, U. (1991). *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge. Cambridge University Press.

- Gerber F. et al. (2008). Quality of life of adults with pervasive developmental disorders and intellectual disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. pp.1654-1665.
- Gerhardt, P., & Holmes, D. (2005). Employment: Options and issues for adolescents and adults with autism spectrum disorders. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders, Vol. 2: Assessment, interventions, and policy* (3rd ed., pp. 1087–1101). New York: John Wiley.
- Gillberg, C., Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population-based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, pp. 273-287.
- Gillberg, C. (1991). Outcome in autism and autistic-like conditions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 375-382.
- Gillberg, C., Coleman, M. (2000). Clinical diagnosis. In *The biology of the autistic syndromes* (3<sup>rd</sup> ed). Cambridge: Mac Keith Press, 4-38.
- Goode, S., Howlin, P., & Rutter, M. (1987). A follow-up study of cognitive and social outcome in autism. *International Journal of Rehabilitation Research*, 10, 455-457.
- Happé, F. (1994). *Introducción al autismo*. Alianza Editorial. Madrid.
- Harris, S. (1987). The developmental profile as a predictor of status for autistic children: Four to seven year follow-up. *School Psychology Review*, 16, pp. 89-93.
- Helleman, H., Colson, K., Verbraeken, C., Vermeiren, R., & Deboutte, D. (2006). Sexual behavior in high-functioning male adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 260–269.
- Howlin P, Mawhood L, Rutter M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder - a follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioural, and psychiatric outcomes. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(5), pp. 561-578.

- Howlin, P. (2000). Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), pp. 63 – 83.
- Howlin P. (2003). Outcome in high-functioning adults with autism with and without early language delays: implications for the differentiation between autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 33(1), pp. 3-13.
- Howlin P. et al. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), pp. 212-229.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 212–229.
- Hurlbutt, K., & Chalmers, L. (2002). Adults with autism speak out: Perceptions of their life experiences. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17, 103–111.
- Hurlbutt, K., & Chalmers, L. (2004). Employment and adults with Asperger syndrome. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19, 215–222.
- Jennes-Coussens, M., Magill-Evans, J., & Koning, C. (2006). The quality of life of young men with Asperger syndrome: A brief report. *Autism*, 10, 403–414.
- Jónsdóttir, S. et al. (2007). Follow-up of children diagnosed with pervasive developmental disorders: Stability and change during the preschool years. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(7), pp. 1361-1374.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*; 2:217-250.
- Kanner, L., Eisenberg, L. (1956). Early infantile autism 1943-1955. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, pp. 55-65.
- Kanner, L. (1971). Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(2), pp. 119-145.
- Kobayashi, IL, Murata, T., & Yoshinaga, K. (1992). A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi areas, Japan. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 395-411.

- Kobayashi, R., & Murata, T. (1992). Behavioral characteristics of 187 young adults with autism. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 52, 383–390.
- Korkmaz B. (2000). Infantile autism: adult outcome. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), pp. 164-170.
- Landa R, Garrett-Mayer E. (2006). Development in infants with autism spectrum disorders: a prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), pp. 629-638.
- Larsen, F.W. and Mouridsen, S.E. (1997) The outcome in children with childhood autism and Asperger syndrome originally diagnosed as psychotic. A 30-year follow-up study of subjects hospitalized as children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 6(4), pp. 181.
- Levy A., Perry A. (2011). Outcomes in adolescents and adults with autism: A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 5(4), pp. 1271-1282.
- Lewis P. et al. (2006). Cognitive, language and social-cognitive skills of individuals with fragile X syndrome with and without autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(7), pp. 532-545.
- Lovaas, I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3–9.
- Marks, S. U., Schrader, C., Longaker, T., & Levine, M. (2000). Portraits of three adolescent students with Asperger's Syndrome: Personal stories and how they can inform practice. *The Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 25, 3–17.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo. Ensaio de uma intervenção construtivista e desenvolvimentista com mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marriage S., Wolverton A., Marriage K.J.(2009). Autism spectrum disorder grown up: a chart review of adult functioning. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 18(4), pp. 322–328.
- Mawhood, L., Howlin, P., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder—A comparative follow-up

in early adult life. I: Cognitive and language outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 547–559.

McGovern CW, Sigman M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), pp. 401-408.

Müller, E., Schuler, A., Burton, B. A., & Yates, G. B. (2003). Meeting the vocational support needs of individuals with Asperger syndrome and other autism spectrum disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 163–175.

Nordin V., Gillberg C. (1998). The long-term course of autistic disorders: update on follow-up studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 97(2): 99-108. Department of Child and Adolescent Psychiatry, Göteborg University, Annedals Clinics, Sweden.

O'Brien, M., & Daggett, J. A. (2006). *Beyond the autism diagnosis: A professional's guide to helping families*. Baltimore: Brookes.

Oliveira, G. (2005). Epidemiologia do autismo em Portugal na idade escolar. Coimbra: [s.n.].

Orsmond, G. I., Krauss, M. W., & Seltzer, M. M. (2004). Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 245–256.

Ozonoff, S., & Rogers, S. (2003). De Kanner ao Milénio: Avanços científicos que moldaram a prática clínica. In S. Ozonoff, S. Rogers, & R. Hendren, *Perturbações do espectro do autismo: Perspectivas da Investigação Actual* (J. Almeida, Trad., 1ª ed., pp. 25-56). Lisboa: Climepsi Editores.

Piven J, Harper J, Palmer P, Arndt S. (1996). Course of behavioral change in autism: a retrospective study of high-IQ adolescents and adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(4), pp. 523-529.

Ruble, L.A. and Dalrymple, N.J. (1996). An alternative view of outcome in autism. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 11(1), pp. 3-15.



- Rutter, M. (1970). Autistic children: Infancy to adulthood. *Seminars in Psychiatry*, 2, pp. 435-450.
- Seltzer M. et al. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Reserach Reviews*, 10(4), pp. 234-247.
- Seltzer M. et al. (2003). The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Journal of Autism and Development Disorders*, 33(6), pp. 565-581.
- Schall, C., Cortijo-Doval, E., Targett, P. S., & Wehman, P. (2006). Applications for youth with autism spectrum disorders. In P. Wehman (Ed.), *Life beyond the classroom: Transition strategies for young people with disabilities* (4th ed., pp. 535–575). Baltimore: Brookes.
- Schall, C., & Wehman, P. (2008). Understanding the transition from school to adulthood for students with autism. In P. Wehman, M. D. Smith, & C. Schall (Eds.) *Autism and the transition to adulthood: Success beyond the classroom* (pp. 1–14). Baltimore, MD: Paul H Brookes.
- Sicile-Kira, C. (2004). Autism Spectrum Disorders: The complete guide to understanding autism, Asperger's syndrome, pervasive developmental disorder and other's ASD's. The Berkley Publishing Group. New York.
- Sitlington, P. L., & Clark, G. M. (2006). *Transition education and services for students with disabilities* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Slater, A., & Bremner, G. (2004). Uma Introdução à Psicologia Desenvolvimental. (J. Pinheiro, Trad.) Lisboa: Stória Editores.
- Szatmari, P. (2003) Predictors of outcome among high functioning children with autism and Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44(4).
- Szatmari P., Bartolucci G., Bremner R.(1989). Asperger's syndrome and autism: comparison of early history and outcome. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 31(6), pp. 709-720.
- Turner LM, Stone WL. (2007). Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), pp. 793-802.

- Venter, A. (1992). A follow-up study of high-functioning autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33(3).
- Wagner, M., Newman, L., Cameto, R., Garza, N., & Levine, P. (2005). *After high school: A first look at the postschool experiences of youth with disabilities. A report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS-2)*. Menlo Park, CA: SRI International.
- Wehman, P. (2006). Individualized transition planning: Putting selfdetermination into action. In P. Wehman (Ed.), *Life beyond the classroom: Transition strategies for young people with disabilities* (4th ed., pp. 71–96). Baltimore: Brookes.
- Williams, C., Wright, B. (2008). *Convivendo com autismo e síndrome de Asperger*. Brasil Editora Ltda: São Paulo.
- Williams, J. G., J. P. Higgins, et al. (2006) Systematic review of prevalence studies of autism spectrum disorders. *Arch Dis Child* 91(1): 8-15.
- Wolf, L., & Goldberg, B. (1986). Autistic children grow up: An eight to twenty-four year follow-up study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, pp. 550-556.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.

# TTAP

## TEACCH Transition Assessment Profile

NOME _____
DATA ____/____/____
PREENCHIDO POR _____

Por favor classifique cada um dos seguintes itens colocando um X na opção correcta:

A = ADQUIRIDA (Competência adquirida)

E = EMERGENTE (Competência parcialmente adquirida ou desempenhada com orientação/ajuda)

NA = NÃO ADQUIRIDA (competência não adquirida)

### I. COMPETÊNCIA VOCACIONAL

		A	E	NA
1.	Separa objectos por categoria (ex. agrupa botões com botões, lápis com lápis) sem supervisão.			
2.	Reproduz a imagem de uma composição com, pelo menos, 3 peças/objectos (ex. constrói um puzzle ou copia um padrão/esquema seguindo uma imagem-estímulo).			
3.	Arquiva documentos por associação de símbolos/imagens (i.e. associa a imagem presente no documento com a imagem presente nos ficheiros/arquivos).			
4.	Utiliza utensílios e máquinas (ex. tesoura, furador, máquina de venda automática) sem supervisão.			
5.	Discrimina objectos de acordo com o tamanho (distingue grande/pequeno).			
6.	Mede e pesa objectos/substâncias e regista os dados obtidos (comprimento e peso).			
7.	Arruma objectos num receptáculo (ex. saco, envelope), fecha-o e guarda-o (ex. numa caixa, numa pilha).			
8.	Mantém a sua área de trabalho limpa e organizada sem supervisão.			
9.	Enche recipientes sem transbordar (ex. copo, saleiro).			
10.	Retira objectos (4 ou mais) de um/a prateleira/armário seguindo uma lista dos itens.			
11.	Utiliza pelo menos um electrodoméstico (ex. microondas, máquina de lavar roupa, fogão) respondendo de modo adequado ao sinal sonoro (ex. retira comida).			
12.	Eleva uma carga de, pelo menos, 4kg e transporta-a para uma área a 5 metros.			

## **Anexos**

## Anexo I

## TTAP Escala Observação Directa e Escala Pais

# TTAP

TEACCH<sup>1</sup> Transition Assessment Profile

Folha de Registo

## IDENTIFICAÇÃO

Data da Avaliação \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade Cronológica \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses

Examinador \_\_\_\_\_

## REGISTO RESULTADOS

	CV <sup>2</sup>			CoV <sup>3</sup>			APS <sup>4</sup>			AL <sup>5</sup>			CF <sup>6</sup>			CI <sup>7</sup>		
	OD	P	Pr	OD	P	Pr	OD	P	Pr	OD	P	Pr	OD	P	Pr	OD	P	Pr
12																		
11																		
10																		
9																		
8																		
7																		
6																		
5																		
4																		
3																		
2																		
1																		
<b>T A</b>																		
<b>T E</b>																		

<sup>1</sup> Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children<sup>2</sup> Competência Vocacional<sup>3</sup> Comportamento Vocacional<sup>4</sup> Autonomia Pessoal e Social<sup>5</sup> Actividades de Lazer<sup>6</sup> Comunicação Funcional<sup>7</sup> Comportamento Interpessoal

## Anexo II

## TTAP Escala Escola

# TTAP

TEACCH Transition Assessment Profile

NOME _____
DATA ____/____/____
PREENCHIDO POR _____

Por favor classifique cada um dos seguintes itens colocando um X na opção correcta:

A = ADQUIRIDA (Competência adquirida)

E = EMERGENTE (Competência parcialmente adquirida ou desempenhada com orientação/ajuda)

NA = NÃO ADQUIRIDA (competência não adquirida)

I. COMPETÊNCIA VOCACIONAL		A	E	NA
1.	Separa objectos por categoria (ex. agrupa botões com botões, lápis com lápis) sem supervisão.			
2.	Reproduz a imagem de uma composição com, pelo menos, 3 peças/objectos (ex. constrói um puzzle ou copia um padrão/esquema seguindo uma imagem-estímulo).			
3.	Arquiva documentos por associação de símbolos/imagens (i.e. associa a imagem presente no documento com a imagem presente nos ficheiros/arquivos).			
4.	Utiliza utensílios e máquinas (ex. tesoura, furador, máquina de venda automática) sem supervisão.			
5.	Discrimina objectos de acordo com o tamanho (distingue grande/pequeno).			
6.	Mede e pesa objectos/substâncias e regista os dados obtidos (comprimento e peso).			
7.	Arruma objectos num receptáculo (ex. saco, envelope), fecha-o e guarda-o (ex. numa caixa, numa pilha).			
8.	Mantém a sua área de trabalho limpa e organizada sem supervisão.			
9.	Enche recipientes sem transbordar (ex. copo, saleiro).			
10.	Retira objectos (4 ou mais) de um/a prateleira/armário seguindo uma lista dos itens.			
11.	Utiliza pelo menos um electrodoméstico (ex. microondas, máquina de lavar roupa, fogão) respondendo de modo adequado ao sinal sonoro (ex. retira comida).			
12.	Eleva uma carga de, pelo menos, 4kg e transporta-a para uma área a 5 metros.			